

REPOSITORIO ACADÉMICO DIGITAL INSTITUCIONAL

Duelo y adaptación después de una amputación de mano. En un estudio de caso de un paciente adolescente [sic]

Autor: Elva Alicia Sierra Mier

**Tesis presentada para obtener el título de:
Maestro en Psicoterapia Psicoanalítica de la Infancia y la
Adolescencia**

**Nombre del asesor:
Maria del Carmen Manzo Chavez**

Este documento está disponible para su consulta en el Repositorio Académico Digital Institucional de la Universidad Vasco de Quiroga, cuyo objetivo es integrar, organizar, almacenar, preservar y difundir en formato digital la producción intelectual resultante de la actividad académica, científica e investigadora de los diferentes campus de la universidad, para beneficio de la comunidad universitaria.

Esta iniciativa está a cargo del Centro de Información y Documentación "Dr. Silvio Zavala" que lleva adelante las tareas de gestión y coordinación para la concreción de los objetivos planteados.

Esta Tesis se publica bajo licencia Creative Commons de tipo "Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada", se permite su consulta siempre y cuando se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras derivadas.



UNIVERSIDAD VASCO DE QUIROGA

FACULTAD DE PSICOLOGIA

MAESTRIA EN PSICOTERAPIA PSICOANALITICA DE LA INFANCIA Y LA
ADOLESCENCIA

“DUELO Y ADAPTACION DESPUES DE UNA AMPUTACION DE MANO. EN UN
ESTUDIO DE CASO DE UN PACIENTE ADOLESCENTE”

T E S I S

QUE PRESENTA:

ELVA ALICIA SIERRA MIER

PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRO
EN PSICOTERAPIA PSICOANALITICA DE
LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

ASESORA DE TESIS

MTRA. MARIA DEL CARMEN MANZO CHAVEZ

Morelia, Mich, Agosto del 2011.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de investigación a las personas que son más importantes en mi vida, ya que me han acompañado con comprensión, paciencia y amor. Gracias, Juan, Manuel Alejandro, Ivan y Karla. Además de mis padres quienes con su amor incondicional y fortaleza me han enseñado a no desistir de mis objetivos por más difícil que puedan parecer. GRACIAS.

Tu paciencia, amor, alegría y motivación han sido un gran motor en mi vida, por lo que te dedico este nuevo proyecto, gracias Alejandro

AGRADECIMIENTOS

**El hombre empieza por existir,
Se encuentra, surge en el
mundo y después de define.
El hombre, si no es definible
es porque empieza por no
ser nada. Solo después será
y será tal y como se haya
hecho . El hombre no es otra
cosa que lo que el se hace; el
hombre empieza por existir, es
decir, empieza por ser
Algo que se lanza hacia un
porvenir y que es consciente
de proyectarse
Hacia el Porvenir. El hombre
será ante todo lo que habrá
proyectado ser.**

(Sartre, J.P 1970).

Con reconocimiento y una sincera gratitud para la Mtra. Maria del Carmen Manzo Chávez, por su profesionalismo, su confianza, paciencia y sus enseñanzas, que me ayudaron en este arduo camino del lograr ser.

GRACIAS Mary Carmen.

INDICE

Resumen.....	1
Introducción.....	3
Justificación.....	7
Antecedentes.....	9
Planteamiento de la investigación.....	16
1.1 Objetivos.....	16
1.1.1 Objetivo general.....	16
1.1.2 Objetivos particulares.....	16
2. Planteamiento del problema.....	17
3. Ejes temáticos.....	18

CAPÍTULO 1. MARCO TEORICO

1. LA ADOLESCENCIA

1.1 La adolescencia normal. Cambios físicos.....	19
1.2 Aspectos psicológicos en el adolescente.....	21
1.3 Etapas de la adolescencia.....	22
1.3.1 Preadolescencia.....	22
1.3.2 Adolescencia temprana.....	24
1.3.3 Adolescencia propiamente dicha.....	26
1.3.4 Adolescencia tardía.....	27
1.3.5 Posadolescencia.....	28
1.4 Identidad en la adolescencia.....	29
1.5 Metas y Logros en la adolescencia.....	31
1.6 ¿Es analizable la adolescencia?.....	35
1.7 Metamorfosis de la pubertad.....	39

2. IMAGEN CORPORAL

2.1 Una definición integradora.....	42
2.2 Definiciones actuales de la Imagen Corporal.....	42
2.3 La imagen corporal.....	42
2.4 Importancia del concepto de Imagen corporal.....	43

2.5 Evolución del concepto de Imagen corporal.....	43
2.5.1 Formación de la Imagen corporal.....	46
2.5.2 Desarrollo de la Imagen Corporal.....	48
2.6 La imagen corporal en la adolescencia.....	50
2.7 Autoconcepto.....	51
2.8 Identidad.....	52
2.9 La alteración de la imagen corporal.....	53
2.9.1 Definición de alteración de la Imagen corporal.....	55
2.10 Evaluación de la imagen corporal y sus alteraciones.....	57

3. EL PROCESO DE DUELO

3.1 Pérdida del objeto amado.....	59
3.1.1 La pérdida. Un acontecimiento real y subjetivo.....	60
3.2 Inhibición, vacío y pérdida.....	62
3.3 Duelo como resultado de cualquier pérdida.....	66
3.3.2 Conflicto entre el sujeto y el objeto perdido.....	67
3.3.3 El yo frente al objeto aniquilado.....	68
3.3.4 Resignación del sujeto frente al objeto perdido.....	70
3.3.5 Mecanismos de defensa como caparazón del yo.....	72
3.5 Proceso psíquico del duelo.....	77
3.5.1 Abandono libidinal hacia el objeto amado.....	79
3.5.2 Regresión de la libido al YO.....	80
3.5.3 Características del duelo.....	82
3.5.4 El trabajo de duelo.....	85
3.5.5 El duelo patológico.....	87
3.5.6 El reencuentro con el objeto amado.....	92

CAPÍTULO II. METODOLOGIA

1. Teoría metodológica.....	98
2. Participantes.....	98
3. Escenario.....	99

4. Técnica de recolección de datos.....	99
5. Procedimiento.....	104

CAPÍTULO III. RESULTADOS

3.1 Presentación del caso.....	107
3.2 Historia clínica.....	108
3.3 Resultados por ejes	117
3.4 Análisis de resultados por ejes	143

CAPÍTULO IV. DISCUSION Y CONCLUSIONES

Discusión.....	168
Conclusiones.....	178

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

1. Limitaciones.....	188
2. Sugerencias.....	192

REFERENCIAS.....	194
-------------------------	------------

ANEXOS:

Anexo 1: Guía para la elaboración y reporte de la formulación psicodinámica.....	201
Anexo 2: Protocolos del inventario multifásico de la personalidad “Minnesota-2.....	217
Anexo 3: Test de sucesos de vida para adolescentes.....	221

RESUMEN

La adolescencia es un periodo de transición entre la vida adulta y la niñez, es un periodo en la que los jóvenes se deben de enfrentar a muchos retos, es un lapso en donde el ser humano experimenta cambios de gran intensidad, sufre angustias ante dilemas físicos, psicológicos familiares y sociales. Dichos dilemas lo llevan a nuevas adaptaciones, adaptaciones que pueden vivirse como pérdidas; y para lograr superar dichas pérdidas se deberá hacer uso del proceso de duelo. Para así adaptarse a los nuevos roles que impone la sociedad, y la familia. En cualquier etapa del desarrollo humano, el perder un miembro físico someterá a una persona a un proceso de duelo, sin embargo, existen periodos aún más críticos, que pueden entorpecer el camino a la superación de dicho duelo, uno de estos periodos es la adolescencia, pues en esa etapa el joven se tendrá que enfrentar a nuevos cambios y adaptaciones que le implican un reacomodo en lo emocional, social y familiar; y si aparte de todo esto se sufre una pérdida de un miembro físico, ello implicará una labor de adaptación aún más ardua; pues ahora se tendrá un nuevo reto de adaptación a un nuevo cuerpo; adaptación que implica el vivir sin uno de sus miembros físicos. La presente investigación de corte cualitativo se basó en una de sus técnicas disponibles llamada estudio de caso clínico, y tuvo como propósito conocer el camino psicológico que una joven adolescente tuvo que caminar debido a la pérdida de un miembro físico, es decir, con esta investigación, se pretendió conocer el proceso de duelo de una joven adolescente que ha sufrido de una pérdida real, además se analizaron los diversos factores que afectan el proceso de duelo en esta etapa del desarrollo psicológico.

Palabras clave: adolescencia, pérdida, adaptación, amputación, duelo.

ABSTRACT

Adolescence is a period of transition between adulthood and childhood, it is a period where the teenager has to face a lot of challenges, and it is a lapse of time where the human being experiences changes of great intensity, suffers anguish when confronting psychological, familiar and social dilemmas take it to new adaptations that can be lived as losses, in order to overcome such in order to adapt to the new roles that society and family impose. In any stage of human development, losing a limb will submit any person to grief process. However, there are even more critical periods which can delay or interrupt the overcome of this process; one of these periods is adolescence because in this stage the teenager will have to face new changes and adaptations that imply a readjustment in emotional, social and familiar matters and, if in addition to this, he or she suffers the loss of a limb, this will imply an even more difficult adaptation since he or she has to face now the new challenge of adapting to a new body, which implies living without his or her limb. The current investigation of qualitative terms is based in one of the available techniques know as clinical casa study and it has the purpose to know the grief process of a teenager that has suffered the amputation of her limb. As well as we will analyze the factors that will affect the grief process.

Key words: adolescence, Loss, adaptation, amputation, physic superior member, limb.

INTRODUCCION

En el desarrollo ontogénico del ser humano, existe la posibilidad de pérdidas frecuentes que obligan a realizar un trabajo de duelo. Es importante tomar en cuenta que la forma de expresar el duelo en cada sujeto es distinta, ya que el proceso de superación de una pérdida está íntimamente relacionado con el grado de identificación que se tenga con el objeto amado, es por ello que se cree que depende en gran medida de los recursos o mecanismos emocionales o personales con que cuente un ser humano para poder resolver dichas pérdidas, ya que esto ayudará a que se obtengan herramientas para la resolución y se pueda dar un duelo exitoso.

“El duelo, tiene lugar tras cualquier clase de pérdida, ello envuelve no solo un sentimiento único, sí no más bien una completa sucesión de sentimientos que precisan de cierto tiempo para ser resueltos. El tiempo que cada ser humano requiere para resolver su pérdida será en función de cómo cada sujeto construye y da sentido a lo que sucede, es decir, al desarrollo de su propia estructura psíquica, de manera que el morir no es un hecho dado sino un fenómeno hay que comprender existencialmente” (Heidergger, 1983, Pág. 262).

El que se resuelva adecuadamente un proceso de duelo dejará un aprendizaje y crecimiento personal; dicho aprendizaje dará herramientas que podrán ser utilizadas en un futuro para resolver de manera más adaptada los obstáculos que la vida nos ofrece; sin embargo existen periodos críticos en la vida de un ser humano, en donde superar una pérdida es un trabajo aún más arduo; uno de estos periodos de difícil resolución es la adolescencia ya que dicha fase representa “un periodo de la vida que oscila entre la niñez y la adultez, es una fase en donde tanto la biología como la psicología y la interacción social y del individuo se ponen en crisis. Esta etapa se caracteriza por maduración de funciones y la aparición de nuevas sensaciones psicológicas, el joven que está

pasando por este periodo tiene un nuevo concepto de la amistad, de la propia imagen corporal, de su familia y una visión diferente de lo que es la sociedad” (González, 2005 Pág. 9).

Por otro lado, también dependerá del tipo de pérdida y la incapacidad que esta genere, para que se determine el tiempo de resolución que ello requiera, ya que el perder a un ser humano cercano emocionalmente hablando, o bien un miembro físico, son las pérdidas que más tiempo requerirán para su resolución, debido a que se consideran pérdidas francamente muy devastadoras. “Los recuerdos de actos especiales o momentos que fueron trascendentes y sellaron el acontecimiento entre el yo y el objeto amado son elementos que el yo asumirá durante el proceso de duelo. (O’Connor, 2004, Pág. 25).

En esta investigación cualitativa, se hizo uso de la técnica del análisis de un estudio de caso; en dónde se analizó a un adolescente que perdió un miembro físico (mano derecha); y se fue analizando paso a paso el proceso del duelo en sí, los pasos del tratamiento psicoterapéutico (Duelo y adaptación después de una amputación de mano”) con corte psicoanalítico; así como el análisis de las resistencias, sin dejar de lado la fase del desarrollo psicosexual por la que está atravesando la joven paciente.

Es por ello que se presenta como primer tema de esta investigación cualitativa lo referente a todo lo relacionado la fase de la adolescencia, haciendo referencia a las diversas sub-fases que dicho tema conlleva.

El segundo tema del mismo capítulo está encargado de hacer análisis de lo que la imagen corporal se refiere haciendo uso de los autores que más han resaltado en dicho tema, es decir, se habló sobre la imagen corporal, la importancia que tiene dicho concepto en la psique de un ser humano, las definiciones actuales y por supuesto que es la pérdida imaginaria o real o una alteración de la imagen corporal, y esto recae en una alteración o distorsión del

cómo se percibe el sujeto, y el cómo ello podría conllevar a conductas desadaptadas o distorsionadas.

En el tercer tema del mismo capítulo se abordó el proceso de duelo en sí, por supuesto no se podría dejar de hablar del duelo y su representación en el cuerpo, los pasos que se requieren para llegar a un proceso de duelo exitoso o superado, o bien cuando esto no sucede como se puede presentar los síntomas de un duelo patológico; además de hablar ampliamente de las características que interfieren en el proceso de duelo y el reencuentro con el nuevo ser después de una pérdida importante. El caso clínico de esta investigación “Angelita” fue considerado como un caso de duelo normal, en donde la fortaleza yoica estaba en un nivel superior, es decir, el desarrollo psíquico de la joven paciente fue considerado como de la quinta etapa, donde se da la consolidación de la integración del superyo y del yo. Por tal motivo la paciente contaba con una mínima oposición entre el superyo y el yo. El súper yo de Angelita estaba ya integrado, ello favoreció una mayor integración y consolidación de la identidad, aún en momentos de pasar por una pérdida significativa. También se pudo percibir que en la joven existía un armonioso mundo de representaciones objetales internalizadas, que incluía no solo a los miembros significativos de la familia y amigos cercanos, sino además a un grupo social, lo cual ayudó en gran medida en la consolidación de una identidad cultural, y ello ayudó a la constitución de un mundo interno capaz de dar amor, confirmación, y apoyo y esto por supuesto fue muy relevante para la superación de su proceso de duelo, ya que las personas que han sabido amar maduramente a otros, conservan de estos imágenes capaces de brindarles amor y consuelo en momentos de peligro, como era el caso actual de Angelita debido a la pérdida sufrida, pues en estos momentos de crisis, la paciente recurrió temporalmente a su mundo interno, (Regresión al servicio del yo); con lo cual el mundo intrapsíquico y el interpersonal se vinculaba y se reforzaba mutuamente.

En el capítulo II se presenta la metodología utilizada en esta investigación, en dónde se menciona la técnica de recolección de datos; ya que la técnica utilizada fue la psicoterapia de corte psicoanalítico para adolescentes; y la entrevista.

En el capítulo III se presentan los resultados que fueron arrojados con esta investigación y en el capítulo IV se describen la discusión y las conclusiones obtenidas; y finalmente se citaron las referencias y los anexos que se utilizaron como una herramienta más para llevar a cabo este proyecto.

JUSTIFICACIÓN

La pérdida de un miembro físico es una situación en la cual, el ser humano que la sufre tendrá que someterse a un proceso de duelo psicológico, debido a que dicha pérdida es considerada como una de las más devastadoras. Existen diferentes grados de sensación emocional en cuanto a una pérdida se refiere, y también dependerá de la madurez emocional con la que un sujeto cuente y el periodo del desarrollo por el que esté atravesando para determinar el éxito o no del proceso de duelo; ya que el duelo es un proceso que produce el rompimiento de la continuidad en la vida, y de no ser atendido correctamente, puede llegar a interrumpir el sano desarrollo de un ser humano sobretodo si se trata de un infante o un adolescente, y estancarlo en muchas áreas de su vida. Y así mermar su motivación para el crecimiento, disminuyendo de esta manera la productividad y estado de felicidad del ser que padece una pérdida emocional significativa. Ya que una pérdida significativa invariablemente remitirá a un proceso de duelo y sobre dicho tema Heidergger (1993), opina “el duelo tiene lugar tras cualquier clase de pérdida, ello envuelve no solo un sentimiento unidos, sino más bien una completa sucesión de sentimientos que precisan de cierto tiempo para ser resueltos” (Pág. 262).

La pérdida de un miembro físico ya sea por enfermedad o por accidente, es un proceso que debe ser revisado también desde el punto de vista emocional, es por ello que se decidió hacer esta investigación, para determinar el daño psicológico que puede llegar a causar una pérdida de dicha magnitud y las posibilidades objetivamente revisadas, de recuperación a las que se puede aspirar con la técnica de psicoterapia de corte psicoanalítico especializada en adolescentes.

En este trabajo se abordará el estudio de un caso clínico, donde una adolescente perdió por un accidente automovilístico casi la totalidad de su mano derecha (ella es diestra); en esta investigación se propone ayudar a

facilitar el proceso de duelo a los jóvenes adolescentes, que por circunstancias adversas han sufrido una pérdida de algún miembro físico. Dicho trabajo se abordará con la técnica de investigación cualitativa, en donde una de sus técnicas disponibles es el denominado estudio de caso, además de recurrir a la técnica de psicoterapia de corte psicoanalítico especializado para los jóvenes adolescentes y hacer una minuciosa observación que arroje datos que lleven a obtener conclusiones.

ANTECEDENTES

Cuando se habla de proceso de duelo son muchos los autores que a través de la historia han abordado dicho tema, Freud en “Tótem y tabú” (1912-13/2001) habla de duelos impuestos por la guerra y por las violentas mutaciones sobrevenidas de la civilización. Asimismo, distingue entre la transmisión por identificación, la obtenida por modelos parentales y la genérica, constituida por huellas mnémicas de generaciones anteriores. La primera se relaciona con la historia y la segunda con la prehistoria. En la prehistoria se transmiten objetos perdidos de los antecesores los cuales son transmitidos parcialmente en los duelos. También se transmiten los significados congelados, enigmáticos y brutos sobre los cuales no se ha podido hacer un trabajo de simbolización.

El sujeto de la herencia está dividido como el sujeto del inconsciente, donde existe una doble necesidad: de ser para sí mismo su propio fin y de ser el eslabón de la cadena a la que está sujeto sin que participe su voluntad.

En cuanto a objeto transgeneracional es importante mencionar que significa un ancestro, antepasado o pariente directo que evoca fantasías e interviene en la constitución de instancias psíquicas en uno o varios miembros de la familia. La representación de objeto transgeneracional se inscribe en el inconsciente a través de la representación de palabra y cosa. La cosa se remite a la imagen visual; la palabra posee un papel organizador que se remite a los sentidos y permite fantasías y asociación de ideas. La falta de representación tiene que ver con el vacío, el hueco y la desinvestidura materna, es decir, la falta de interés de la madre que produce en el niño un espacio de no-representación. Castañón (2000), opina al respecto:

“La interacción madre-hija va a constituir la base del anclaje somático del amor. Tanto el placer como el sufrimiento van a anticipar la presencia de un yo futuro. En la hija y la manera como la madre se relaciona con ésta, estará marcando Tanto su relación con el esposo como su historia generacional. La hija va a Percibir de una manera inconsciente lo que se le proyecta en el cuerpo, lo cual va a influir sobre el espacio relacional” (Pág. 124).

El sufrimiento físico va a constituir un papel decisivo en el cuerpo de la hija y puede provocar que se convierta en la única forma de comunicarse del sujeto, para demandar cuidados psíquicos. Cuando la hija crece, ésta recurrirá al cuerpo como transmisor de mensajes.

“El cuerpo que sufre, hará que el yo mantenga un vínculo con su cuerpo, el cual reproduce la relación que se tuvo con la madre. En casos de depresión materna, ésta se transmitirá a la hija en quien se proyectaran los duelos como conflictos no resueltos.” (Castañón, 2000, Pág. 125).

En los primeros momentos de la vida del ser humano, en su espacio somato psíquico, el objeto va tomando forma a través del sentir interno oral y total, confundido con el sentir global corporal. La envoltura psíquica se organiza con base en el contacto del cuerpo materno, por lo que el espacio psíquico se va a constituir basado en las percepciones que vienen del exterior y que se perciben en el interior. En la niña todo se concentra en el espacio interior; todo lo experimenta en el adentro. De la misma forma que Freud (2001), refiere que la pulsión requiere de un apoyo somático, también se puede hablar del investimento del cuerpo mediante el deseo de otro, ante todo el de la madre. Este cuerpo lleva la transmisión de una historia como de espacios en blancos que no se inscribieron. Si por alguna razón el cuerpo sufre a través el su historia cambios, por la sexualidad, accidentes, paso del tiempo, etc., este se convierte en representante del otro dónde se observa que la relación yo-cuerpo, sustituye

la relación yo-otro. Esto significa que el cuerpo no es propio. Y la historia va a determinar en gran medida los elementos con los que contará ese ser humano, cuando se enfrente a una pérdida de cualquier tipo. El sufrimiento modifica el estado del cuerpo, modifica la sensación que se tienen con su propio yo.

Cuando se habla de pérdida de un miembro físico y el proceso de duelo que ello conlleva no se puede dejar de mencionar lo que significa imagen corporal; Desde la década de los 60 del siglo XX la investigación sobre imagen corporal ha recibido una importante atención, y actualmente se dispone de gran cantidad de información sobre los factores implicados en este concepto. Bruch (1962), en la década de los años 60 del siglo XX, proponiendo los rasgos psicopatológicos de las pacientes anoréxicas, puso de manifiesto por primera vez la importancia de una alteración de la imagen corporal en dicho trastorno, a partir de ese momento se adquirió conciencia en el mundo científico de la necesidad de saber qué es la imagen corporal y cuáles podrían ser las técnicas de evaluación para “apresarlas“. Las primeras referencias a imagen corporal, y alteraciones asociadas, se hallan en los trabajos médicos sobre neurología de principios del siglo XX.

Schilder, en su libro “The Image and Appearance of the Human Body” de 1935, propone la primera definición que se realiza sin recurrir a aspectos exclusivamente neurológicos. En su definición de imagen corporal se conjugan aportaciones de la fisiología, del psicoanálisis y de la sociología, definiéndola como: “La imagen del cuerpo es la figura de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente, es decir, la forma en la cual nuestro cuerpo se nos representa a nosotros mismos” (Schilder, 1950 Pág. 233)

Las teorías psicoanalíticas dominan en la primera mitad del siglo XX las explicaciones sobre el cuerpo, la imagen corporal y aspectos psicológicos asociados, poniendo especial hincapié en las manifestaciones inconscientes.

Para poder avanzar en la precisión del término de imagen corporal se debe asumir que se está ante un constructo teórico multidimensional, y que sólo haciendo referencia a varios factores implicados se podrá intuir a lo que se refiere dicho concepto. Analizando las aportaciones de diversos autores Pruzinsky y Cash (1990) proponen que realmente existen varias imágenes corporales interrelacionadas:

- a) Como una imagen perceptual. Se referiría a los aspectos perceptivos con respecto a nuestro cuerpo, y podría parecerse al concepto de esquema corporal mental, incluiría información sobre tamaño y forma de nuestro cuerpo y sus partes
- b) Una imagen cognitiva. Que incluye pensamientos, auto-mensajes, creencias sobre nuestro cuerpo.
- c) Una imagen emocional. Que incluye nuestros sentimientos sobre el grado de satisfacción con nuestra figura y con las experiencias que nos proporciona nuestro cuerpo.

Para estos autores la imagen corporal que cada individuo tiene es una experiencia fundamentalmente subjetiva, y manifiestan que no tiene porque haber un buen correlato con la realidad.

La imagen corporal está socialmente determinada. Desde que se nace existen influencias sociales que matizan la auto percepción del cuerpo. Y debido a que la imagen corporal no es fija o estática, más bien es un constructo dinámico, que varía a lo largo de la vida en función de las propias experiencias, de las influencias sociales, etc. Esta puede verse alterada por un sin fin de posibilidades reales o imaginarias. Cuando se habla de imagen corporal necesariamente se debe de hablar también de la alteración de la misma, por lo que la alteración de la imagen corporal se ha considerado desde mediados del siglo XX, como un criterio diagnóstico necesario en los TCA y la alteración

corporal real por la pérdida de un miembro físico o bien por deformaciones del mismo; así que dicha alteración figura en las sucesivas ediciones del clásico manual de diagnóstico, el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV TR de la American Psychiatric Association (APA,2006).

Existen numerosos términos utilizados actualmente en este campo, que son cercanos conceptualmente, similares en algunos aspectos, o incluso sinónimos, pero que no han sido consensuados por la comunidad científica. Por ejemplo: Imagen Corporal, Esquema Corporal, Satisfacción Corporal, Estima Corporal, Apariencia, Apariencia corporal, y dentro de las alteraciones se habla de Trastorno de la Imagen Corporal, Alteración de la Imagen Corporal, Insatisfacción Corporal, Dismorfia Corporal, Insatisfacción Corporal o Distorsión Perceptiva Corporal.

La profesora Raich (2000) de la Universidad Autónoma de Barcelona, probablemente, será la investigadora que más ha trabajado en España en Imagen Corporal y en su libro “la imagen corporal en la actualidad” que dedicó a este tema propone una definición integradora :

“...es un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos.” (Raich, 2000,) Y más resumidamente, “la imagen corporal es un constructo que implica lo que uno piensa, siente y cómo se percibe y actúa en relación a su propio cuerpo” (Raich, Torras y Figueras, 1996).

Entonces se puede decir que la imagen corporal es un constructo psicológico complejo, que se refiere a cómo la auto percepción del cuerpo/apariencia

genera una representación mental, compuesta por un esquema corporal perceptivo, así como las emociones, pensamientos y conductas asociadas.

Las anteriores definiciones plantean que la imagen que un individuo introyecta acerca de su propio cuerpo, es un constructo polifacético, y cuando los autores hablan sobre alteración de la imagen corporal, se están refiriendo a que se ha comprobado que uno de los factores de la imagen está de alguna forma alterado.

Como entidad nosológica propia, se cree que existe una alteración grave de la imagen corporal, si esta está alterada o si existe un trastorno de la propia imagen. La alteración de la imagen corporal que históricamente se denominaba Dismorfofobia, y que actualmente es considerado como Trastorno Dismórfico Corporal y para el cual existen tres criterios diagnósticos (APA, 1994):

- a) Preocupación por algún defecto imaginado del aspecto físico. Cuando hay leves anomalías físicas, la preocupación del individuo es excesiva. La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- b) La preocupación no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (por ejemplo, la insatisfacción con el tamaño y la silueta corporales en la anorexia nerviosa).
- c) Accidentes que cambian la imagen del cuerpo debido a una amputación o deformación del mismo.

Las primeras referencias al término de alteración de la imagen corporal, se encontraron a finales del siglo XIX cuando se acuña por Morselli el término de Dismorfofobia (miedo a la propia forma), en 1903 Janet se refiere a “la obsesión por la vergüenza del propio cuerpo” (Raich, 2000). Bruch (1962) describía una alteración de la imagen corporal en las anoréxicas y la definía como una

desconexión entre la realidad de la forma y estado del cuerpo de las anoréxicas y de cómo ellas se veían, y concretamente como una distorsión en la auto percepción del tamaño del cuerpo. A partir de este planteamiento clásico, al hablar de alteración de la imagen corporal es necesario especificar, sobre cuál aspecto de la imagen corporal estamos considerado alterado. Así, el término “distorsión perceptual” podría servir como expresión para denominar la alteración de la imagen corporal en el ámbito de la estimación de tamaño, e “insatisfacción corporal” como la expresión para denominar la alteración de la imagen consistente en el conjunto de emociones, pensamientos y actitudes negativos hacia el tamaño y forma del cuerpo, Sin embargo, en la literatura sobre dicho tema se ha encontrado el uso de estos términos de forma muy libre, por ejemplo algunos autores utilizan el término “insatisfacción corporal” como la discrepancia entre la figura que se considera actual y la que se considera ideal, elegidas entre una serie de siluetas dibujadas (Gardner y Stark, 1999), y otros, como la puntuación obtenida en una escala de nueve ítems referidos a diferentes partes del cuerpo, junto a la satisfacción/insatisfacción que suscitan (Garner, 1998) y para Sepúlveda, Botella y León (2001) la presencia de juicios valorativos sobre el cuerpo que no coinciden con las características reales. Vaz, Peñas, Ramos (1999) se esfuerza por hacer una clarificación terminológica con respecto a la alteración de la imagen corporal, para que no se confundan “alteración de la imagen corporal” con “insatisfacción corporal”, pues el primer concepto engloba al segundo y a otros muchos más aspectos. Realmente no se han propuesto técnicas que evalúen la Imagen Corporal de forma “pura”, es decir como constructo psicológico sin alterar. Todas las técnicas propuestas persiguen detectar algún tipo de alteración o trastorno. El inicio de las técnicas evaluatorias de la imagen corporal comenzó su desarrollo en la década de los 50 cuando se realizan las primeras escalas diseñadas para la auto evaluación de la apariencia subjetiva (Jourard y Secord, 1955), y ha recibido durante estas décadas una importante atención en el mundo anglosajón, donde se han publicado cientos de ellas.

1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACION

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 OBJETIVO GENERAL

Conocer el proceso de duelo en una adolescente cuando pierde un miembro físico y el impacto psicológico que esto puede generar .

1.1.2 OBJETIVOS PARTICULARES

- Identificar las etapas del duelo en el caso clínico a investigar.
- Identificar el impacto del proceso de duelo y sus diferentes manifestaciones en un adolescente que ha sufrido la pérdida de un miembro físico.
- Identificar el impacto de una pérdida de un miembro físico, en la adolescencia tardía.
- Analizar las consecuencias de la pérdida de un miembro físico para prevenir el duelo patológico.
- Cuidar mediante la técnica psicoanalítica que haya una adecuada elaboración del duelo.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El presente proyecto pretende conocer la relación que existe entre la fase de la adolescencia tardía y la pérdida de un miembro físico para la elaboración de un duelo.

La investigación deberá dar respuesta a los psicoterapeutas de corte psicoanalítico que trabajen con adolescentes, para que si se llegan a enfrentar con pacientes que han sufrido la pérdida de un miembro físico, tengan más herramientas terapéuticas que ayuden a que el duelo se lleve de manera adecuada, y no obstruya el periodo del desarrollo por el que este atravesando, ya que es importante recordar que el duelo es un proceso importante que produce el rompimiento de la continuidad en la vida, y de no ser atendido correctamente, puede llegar a interrumpir el sano desarrollo de un ser humano sobretodo si se trata de un infante o un adolescente.

Por lo que la pregunta de investigación es:

¿Cómo es el proceso de duelo en un adolescente, ante la pérdida de un miembro físico, y sus posibilidades psicológicas de resignificación para que se pueda dar una reestructuración yoica?

Partiendo del supuesto que la investigación cualitativa no plantea hipótesis iniciales, los ejes temáticos de estudio serán los que han de marcar la pauta para lograr el objetivo final. Dichos ejes temáticos son:

3. EJES TEMÁTICOS

EJE I. PROCESO PSICOTERAPÉUTICO TRABAJADO EN EL DUELO

- 1.1 La asociación libre
- 1.2 Atención flotante
- 1.3 La neutralidad

EJE 2. . PÉRDIDA

- 2.1 Conflicto entre el sujeto y objeto aniquilado.
- 2.2 El yo frente al objeto aniquilado.
- 2.3 Resignación del sujeto frente al objeto perdido.

EJE 3. PROCESO DE DUELO

- 3.1 Retiro de la energía libidinal del objeto de amor.
- 3.2 Regresión de la libido al yo.
- 3.3 El reencuentro con el objeto amado (Duelo como proceso de reparación).

EJE 4. LÍNEAS DE TRABAJO PARA LA REESTRUCTURACIÓN YOICA.

- 4.1 Trabajo que exige renunciar al objeto amado.
- 4.2 Prueba de realidad.
- 4. 3 El duelo es un proceso social.
- 4.4 La reestructuración final del yo en un proceso de duelo.

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

1. LA ADOLESCENCIA

1.1 LA ADOLESCENCIA NORMAL. CAMBIOS FÍSICOS

Los cambios físicos de la pubertad aparecen en el sistema hipotálamo-hipófisis-gónadas-suprarrenales. La elevación súbita de las gonadotropinas hipofisarias, de los andrógenos y estrógenos suprarrenales, y de las hormonas del crecimiento, hace que los huesos largos aumenten de tamaño, las masas musculares se desarrollen en tamaño y fuerza y la grasa y el vello corporal aparezcan, aumenten y se redistribuyan de acuerdo con el sexo. En esta etapa la menstruación aparece en las mujeres adolescentes y la eyaculación en el joven varón, aunque en ambos sexos aparece un nuevo placer que es el orgasmo. Los genitales adquieren forma, aspecto y tamaño ya muy similares a los del adulto.

Los jóvenes adolescentes perciben con gusto y angustia que ahora ya son capaces de actos físicos genitales. La angustia ante los cambios físicos también surge de la variación tan rápida de la imagen corporal. Estos cambios físicos tan dramáticos generan cierta torpeza en los movimientos corporales de los adolescentes, esta torpeza da la apariencia al joven de alguien mal coordinado y desarticulado; en ocasiones algunos adultos o amigos mejor desarrollados suelen criticar y burlarse de dicha incoordinación, aumentando así la sensación de incomodidad del adolescente, incomodidad que lo llevará a estar muy consciente de cada uno de sus movimientos físicos lo cual le resultará muy desgastante. El cambio de la voz también le da al adolescente la satisfacción de crecer y el miedo al ridículo ante los tonos inesperadamente agudos o graves que emanan de su boca. Sin embargo, no todo es angustia, ya que el joven también experimenta orgullo de poder exhibir sus nuevos atributos, por lo que por lo general suelen ser vanidosos y un tanto narcisista; se pueden llegar a

sentir omnipotente con nuevo físico. El vestuario también suele ser algo importante para los jóvenes ya que es una manera de demostrarle al mundo sus nuevas características y por otro lado les da la oportunidad de lograr poco a poco una identidad tan buscada en esta fase.

El pelo largo, o de colores o con cortes estrambóticos y las modas de distinto tipo entre jóvenes se vuelven factores esenciales de la apariencia, que el adolescente defenderá apasionadamente contra las prohibiciones y críticas de los adultos. La apariencia “rara” se vuelve para el adolescente como un signo de libertad e individualidad, por lo tanto estará dispuesto a sufrir por defender su estilo de vestir o de peinarse antes de verse “sometido” ante los adultos.

A pesar de que la masturbación se da desde la infancia es ahora en la adolescencia que el joven se hace consciente de ello, y dependiendo de la educación recibida este puede reaccionar de diferente índole; es posible que reaccione con culpa o adopte una actitud un poco más sana, viendo a la masturbación como una actividad genital de transición hacia la heterosexualidad, un tranquilizante universal ante diversas tensiones de la adolescencia, es decir, vea a la masturbación como una preparación temporal hacia la maduración de su genitalidad que posteriormente podrá compartir con otro ser humano.

Es común que ante periodos depresivos, o de inactividad física, o bien en situaciones de angustia los jóvenes adolescentes se vean estimulados en el surgimiento de sus instintos sexuales y esto los lleve al deseo de la masturbación. Más adelante se verán los aspectos psicológicos de la adolescencia en los que se explicará con más detalle el surgimiento del complejo de Edipo en dicha fase, sin embargo, en muchas ocasiones a pesar de que exista libertad para hablar de aspectos sexuales en la familia y en la sociedad donde el joven se desarrolla es posible que este, sienta culpa por la

masturbación. La culpa se relaciona con las fantasías inconscientes incestuosas que acompañan a la masturbación.

“Los elementos incestuosos y agresivos, a veces reprimidos, que pasan por la mente del adolescente masturbándose, hacen que este experimente después angustia, culpa y temores de castigo, conectadas no con el acto físico de buscar satisfacción placentera, sino con el acto incestuoso o agresivo” (Chagoya, 1997, Pág.139).

El adolescente experimenta ambivalencia ante los cambios corporales, por un lado le gusta “ser grande” le agrada el vello, los músculos, el pene mas grande, la menstruación etc; y por otro lado siente angustia e incertidumbre de ya no ser un niño, siente tristeza y nostalgia de perder el cuerpo y a los padres de la infancia; es por ello que los adolescentes suelen deprimirse y tener cambios de humor y de actitud inesperados, que cuando no se comprenden por un adulto suelen ser desesperantes y es posible que hasta se vean atacados los jóvenes por estas actitudes que son ciertamente esperadas en esta fase.

1.2 ASPECTOS PSICOLÓGICOS EN EL ADOLESCENTE

La adolescencia es un periodo de la vida que oscila entre la niñez y la adultez, es una fase en donde tanto la biología, como la psicología y la interacción social del individuo se ponen en crisis.

La etapa se caracteriza por la maduración de funciones y la aparición de nuevas sensaciones psicológicas; ahora el adolescente tiene un nuevo concepto de la amistad y una visión diferente de lo que es la sociedad.

En esta fase se presenta un resurgimiento de energías psicosexuales, que se presentaron en las primeras fases del desarrollo infantil. Ahora la personalidad del adolescente tiene la tarea de dominar los primitivos conflictos infantiles y

unificarlos dentro de las funciones de la personalidad adulta, es decir, él adolescente tiene la difícil labor de la integración.

Es importante mencionar que la adolescencia es una fase que cronológicamente es muy larga, ya que tiene una duración de los 12 a los 24 años aproximadamente por lo tanto dicha fase es subdividida para tener un mejor conocimiento de las características que implican esta etapa del desarrollo humano.

1.3 ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA

Cuando se conoce cada sub-fase de la adolescencia, se conocerán las características más relevantes que se engloban en cada periodo, así como la edad que abarca cada una de ellas; y esto dará la posibilidad de poder reconocer a aquellos jóvenes que se aparten del desarrollo esperado. Más adelante se expondrá cada una de la subfases que abarca la adolescencia con todas las características pertinentes. Las sub fases descritas por González (2005) son las siguientes:

- 1).- Preadolescencia (9/11 años).
- 2).- Adolescencia temprana (12/15 años).
- 3).- Adolescencia propiamente dicha (16/18 años).
- 4).- Adolescencia tardía (19 / 21 años).
- 5).- La posadolescencia (21 a 24 años).

1.3.1 PREADOLESCENCIA (9/11 AÑOS)

La preadolescencia se refiere al periodo que precede inmediatamente al desarrollo de los caracteres sexuales primarios y secundarios, que caracterizan a la pubertad, en esta fase se dan cambios físicos principalmente, aunque emocionalmente también experimentan cambios relevantes que más

tarde se puntualizarán. La maduración hormonal y del sistema nervioso central ocurre en un periodo de años, hasta culminar en la pubertad. Los cambios progresivos en el balance endocrino que han estado ocurriendo desde los 8 años de edad aproximadamente, producen sensaciones corporales y emocionales vagas que preceden a los cambios puberales que ocurrirán. También existe un aumento en la actividad, así como en la energía, provocados por los cambios hormonales y biofisiológicos. Por lo tanto aquel jovencito que podía estar quieto cuando las actividades sociales y /o educativas lo requerían, ya no será tan fácil que lo logre. A continuación se puntualizarán las características más relevantes de esta fase.

Resurgimiento de los impulsos que dominaron al niño en las dos primeras fases del desarrollo (oral y anal); es decir se da un resurgimiento de los impulsos pregenitales, que se puede traducir en que sus hábitos se vuelven sucios, y su modo de vestir negligente. Sus acciones se hacen crueles, bruscas y destructivas. No es raro que se involucre en robos. Su conducta en general se hace demandante, irresponsable e insubordinado, llega a ser voraz tanto por cuestiones psicológicas como fisiológicas. (González, 2005, Pág. 31).

CARACTERÍSTICAS DE LA SUB FASE DE LA PREADOLESCENCIA

- La agresividad también aumenta.
- Empieza a incrementarse discretamente la interacción social y a disminuir la necesidad de dependencia del adulto.
- Recurre constantemente al uso de mecanismo de defensa principalmente a la represión, a la formación reactiva y al desplazamiento.
- Aparece la socialización de la culpa.

- Pueden aparecer síntomas transitorios: como los miedos, las fobias, los tics nerviosos, dolores de cabeza y de estomago. manías: jugar con los cabellos, comerse las uñas, chuparse el pulgar etc.
- Los muchachos son: hostiles con las niñas, y se vuelven presumidos y burlones.
- Se intenta sobrellevar la angustia llevándose con los compañeros de su mismo sexo
- Se vuelven voraces, adoptan actitudes sádicas.
- Usan lenguajes obscenos, rechaza la limpieza, siente fascinación por los olores.
- Poseen una gran habilidad por la producción onomatopéyica de ruidos, practica juegos erotizados y exhibicionistas.
- Habitualmente protegen sus fantasías, expresan pensamientos de grandiosidad y de indecencia.
- Recurren a ciertos ritos de iniciación para abandonar las gratificaciones infantiles, lo que los lleva a ser mas Creativos.
- Existe la angustia por la homosexualidad.
- Las muchachas se portan como “Marimachas”.
- En el desarrollo normal, la organización de los impulsos esta dominada por el deseo de la separación.

1.3.2 ADOLESCENCIA TEMPRANA (12/15 AÑOS)

El periodo de vida entre los 12 y 15 años; es un lapso en el que el ser humano experimenta cambios de gran intensidad, sufre angustias, dilemas físicos, psicológicos, familiares y sociales y descubre en el capacidades que antes eran inalcanzables. Cabe mencionar que dichos dilemas le producirán angustia excesiva lo cual se va a ver reflejada en varias de sus actividades tales como el aprendizaje, la socialización y el respeto por las autoridades. A continuación se enumerara algunas de las características principales de esta fase. (González, 2005).

CARACTERÍSTICAS:

- Comienzan a buscar amigos significativos fuera de casa.
- Existe una debilidad en la capacidad para respetar las normas y reglas morales y sociales.
- El empobrecimiento de la personalidad provoca en el adolescente una sensación de vacío y tormento interno.
- Los valores morales y las normas de conducta han adquirido cierta independencia.
- Puede darse un rompimiento del autocontrol que desemboca en ciertas conductas delictivas (búsqueda de objetos de amor). estas conductas ofrecen un escape de la soledad, del aislamiento y de la depresión que acompaña a estos cambios emocionales.
- Sus amigos adquieren una enorme importancia.
- La elección de los amigos en esta fase es de tipo narcisista (idealizables).
- Se da la formación de las expectativas y motivaciones por el futuro, y por lo tanto se internaliza una relación profunda con el otro que de otra manera, podría conducir a una homosexualidad (latente o manifiesta).
- Al consumarse el ideal del yo, hay una frustración, ya que el amigo idealizado se convierte en un sujeto normal.
- Se establece la agencia controladora que es capaz de regular y mantener la autoestima (equilibrio narcisista).
- Las fantasías masturbatorias neutralizan la angustia de castración.
- las muestras de cariño para el padre representan un conflicto.
- Para la muchacha perder a una amiga representa un gran dolor.
- Las adolescentes reprimen menos su bisexualidad y muestran su masculinidad.
- La declinación de la tendencia bisexual marca la entrada a la adolescencia propiamente dicha.

1.3.3 ADOLESCENCIA PROPIAMENTE DICHA (16/18AÑOS)

Esta fase al parecer es la más conflictiva en el desarrollo del adolescencia, pues es donde se van a presentar los conflictos antes mencionados de una manera mas marcada, además de presentar gran ambivalencia por las personas que el ama. A continuación se presentarán las características más relevantes de dicha fase según González, (2005).

CARACTERÍSTICAS:

- Culmina la identidad sexual.
- Se da la renovación del complejo de Edipo, pero ahora es canalizado a personas fuera del hogar (maestros, artistas, papá o mamá del amigo, etc).
- Abandono de conductas bisexuales y narcisistas.
- Se va de la idealización que antes se tenía por los padres a la infravaloración, esto con el objeto de lograr su segunda separación – individualización.
- Se da una plena orientación hacia el objeto heterosexual en forma lenta.
- El impulso sexual gana gradualmente ascendencia y produce angustia, lo que hace que el mecanismo de defensa y adaptativos pasen a primer plano.
- En la infancia el niño va depositando parte de su energía psicológica en el otro, pero en la fase de la adolescencia propiamente dicha esta energía es retirada temporalmente del otro y depositada en el si mismo lo que va a aumentar el narcisismo del joven.
- Se da un empobrecimiento de la personalidad.
- En la mujer la resolución de los conflictos edípicos la prepara para el amor heterosexual, y el sometimiento del complejo de masculinidad produce en ella sentimientos maternos.
- Existe una identificación con la madre como prototipo reproductor.

- La creatividad se ve favorecida por la intensa introspección, por el retraimiento de su energía y por la fuerte necesidad de que se realicen las más urgentes transformaciones internas. la actividad creadora o sublimada es altamente autocentrada, tiene las limitaciones de la expresión artística, funciona en el marco de una nueva existencia del si mismo.

1.3.4 ADOLESCENCIA TARDIA (19 / 21 AÑOS)

En la declinación de la adolescencia el individuo gana en capacidad para realizar muchas actividades que anteriormente la crisis de la adolescencia se le impedían; sin embargo, no hay que olvidar que las características más relevantes de esta fase están mencionadas para aquellos jóvenes que de alguna u otra forma lograron salir bien librados de la crisis adolescente, es decir, no adquirieron una neurosis en su personalidad. (González, 2005).

CARACTERÍSTICAS:

En esta fase se gana la capacidad propositiva, integración social, predecibilidad, constancia emocional y estabilidad en su autoestima.

- Existe una mayor unificación entre los procesos afectivos y de la voluntad
- Se da una consolidación en la personalidad que se refleja en los siguientes cambios:
- Arreglo estable y altamente idiosincrásico de funciones e intereses personales.
- Extensión de la esfera del yo libre de conflictos (autonomía secundaria).
- Una posición sexual irreversible.
- Estabilización de los aparatos mentales que de manera automática salvaguardan la identidad del mecanismo psíquico.
- Se da la integración del yo que se refleja en:

- Mayor estabilidad en el trabajo, lo que va a relacionar al individuo.
- Más íntimamente con la realidad.
- Relaciones de pareja estables.
- Se da la afirmación de una ideología.
- El individuo toma conciencia y responsabilidad de sí mismo como un ser social.
- El fin de la adolescencia implica la transformación de residuos edípicos en fortalezas para la personalidad.
- La sensibilidad creativa se opaca, los deseos de aventuras, de fantasía desbordada y las inclinaciones artísticas, declinan gradualmente hasta que desaparecen por completo, esto dará la ventaja de tener una mayor capacidad para el pensamiento abstracto, para la construcción de modelos y sistemas, y la compacta amalgama de pensamientos y acción dan forma a una personalidad más unificada y consistente.

“La resolución del proceso de cambio en la adolescencia tardía esta llena de complicaciones que someten a un esfuerzo excesivo la capacidad integrativa del individuo y que puede conducir a maniobras de postergación, lo que dará como resultado una (adolescencia tardía) o a adaptaciones neuróticas; pero si tampoco se tiene éxito en los esfuerzos adaptativos entonces se obtendrá lo que se conoce como “adolescencia incompleta”, y se presentará el colapso nervioso”. (González, 2005, Pág. 31).

1.3.5 LA POSADOLESCENCIA (21 A 24 AÑOS)

La postadolescencia es una fase intermedia entre la adolescencia y la edad adulta. Esta fase es una condición indispensable para el logro de la madurez psicológica. El posadolescente es, por lo tanto un adulto joven. A continuación se citarán las características que se habrán de culminar en esta fase y las

cuales nos servirán de guía para obtener una evaluación del desarrollo del adulto joven.

CARACTERÍSTICAS:

- Fase intermedia entre la edad adulta y la adolescencia (adulto joven).
- La estructura psíquica ha adquirido una fijación y solidez que permiten al joven armonizar entre las partes de su personalidad.
- Se da la edificación del papel social, la elección vocacional, el enamoramiento, el matrimonio, la paternidad, maternidad.
- Se ejerce la moralidad, con énfasis en la dignidad personal y en la autoestima.
- Los ideales han tomado posesión de la función reguladora de las normas, reglas, límites, dichas características se han convertido en los herederos de los padres idealizados de la infancia.
- La confianza antes depositada en el padre ahora se centra en el sí mismo.
- Relajamiento de ligas infantiles, aceptando la nueva fase y venciendo las resistencias.
- La energía personal invertida en identificaciones infantiles, se transforma en energía que es utilizada al servicio del desarrollo, se liga a sublimaciones estables.
- Se da la reconciliación con la figura parental del mismo sexo.
- Aceptación de las normas sociales y la tradición cultural.
- Los aspectos integrativos de la personalidad se vuelven prominentes.

1.4 LA IDENTIDAD EN LA ADOLESCENCIA

Hablando epigenéticamente, nadie puede saber exactamente quien es hasta que se han encontrado y verificado pautas promisorias en el trabajo y en el

amor. Las pautas básicas de la identidad deben surgir de: (Erikson, 1993, Pág. 93).

- A) La afirmación y el repudio selectivo de las identificaciones infantiles de individuo.
- B) La manera en que el proceso social de la época identifica a los jóvenes.
- C) La antítesis de la identidad es la confusión de la identidad, experiencia obviamente normativa y necesaria que puede constituir, una perturbación básica que agrava la regresión patológica y a su vez es agravado por esta.
- D) Un sentimiento generalizado de identidad produce “un acuerdo gradual entre la variedad de auto imágenes cambiantes que fueron experimentadas durante la niñez (y que durante la adolescencia pueden ser dramáticamente recapituladas) y las oportunidades de roles que se les ofrecen a los jóvenes para que seleccionen y se comprometan” (Erikson, 1993, Pág. 93).
- E) No puede existir un sentimiento duradero del si mismo sin una experiencia continua de saber conscientemente quien soy y hacia donde voy. El adolescente alberga un cierto sentimiento agudo, aunque cambiante, de la existencia, y también un interés en ocasiones apasionado por valores ideológicos de toda clase: religioso, político, intelectual, artístico; pero conforme va adquiriendo mayor madurez e identidad esos valores apasionados se van perfilando hacia un aspecto mas realista que le ayuda a tener una identificación mas loable para su personalidad (Erikson, 1993).

1.5 METAS Y LOGROS EN LA ADOLESCENCIA

Es relativamente normal que el adolescente tenga cierto repudio a las normas y reglas sociales la llamada “rebeldía juvenil”; pero cuando este repudio es extremo es por una falta de confianza en si mismo, dicho tema se mencionó en el capítulo anterior; sin embargo se agregará que, para que el adolescente logre una sana identidad debe de enfrentarse a distintas situaciones como son: (González, 2005).

- a. El logro de la heterosexualidad.
- b. La independencia de la familia.
- c. Logro de una madurez emotiva.
- d. Independencia económica.
- e. Logro de la adultez intelectual.
- f. Poseer una filosofía de la vida.
- g. Un adecuado uso del ocio.
- h. Una necesidad de una realización vocacional.

a. Logro de la heterosexualidad

En la primera fase de la adolescencia, (la subfase conocida como adolescencia temprana), se puede observar que el joven, posee una actitud auto erótica que se caracteriza por la masturbación. El adolescente no ha logrado salir del si mismo, no posee herramientas psicológicas y sociales que le permitan relacionarse de manera satisfactoria con el mundo exterior. Después pasará por una etapa homosexual, esto se debe a que en un primer intento por salir del si mismo, al joven le resulta mas fácil relacionarse con una persona de mismo sexo; para finalmente lograr relacionarse con una persona del sexo opuesto, que le ayude a diferenciarse y le transmita la sensación de plenitud. Esto no debe de confundirse con que necesariamente el joven de esta edad tenga relaciones netamente genitales con su mismo sexo, sino que el puede estar

manifestando esta conducta con juegos erotizados con sus compañeros o con chistes continuos con este tema. Los muchachos no permiten mucho la cercanía de las muchachas, las ridiculizan y las apartan, debido a que les genera mucha ansiedad su cercanía y las muchachas en esta fase tiende a tener una amiga que consideran ideal y que serian capaces de “comer en el mismo plato que ella”, pueden ir tomadas del brazo o de la mano y tienen mucha dependencia la una de la otra. Es así como puede manifestarse los rasgos homosexuales en esta fase.

Si los educadores comprenden esta característica de la fase, el joven logrará su madurez sexual al punto que tenga capacidad de tener una relación monogámica con compromiso, cuidado y matizada de ternura; ya que no se obstaculizará la búsqueda de un amor único y estable, con el cual los jóvenes lograrán vincularse permanentemente. Es muy probable que una mala educación genere daños psicológicos permanentes en los adolescentes, daños que le impidan obtener una sana identidad sexual.

b. La independencia de la familia

La independencia de la familia se va logrando poco a poco, pero tanto los padres como los jóvenes tienen que cooperar para que esto se de, es decir, los padres pueden ir paulatinamente permitiendo que su hijo vaya tomando sus propias decisiones y este a su vez hacerse responsable de dichas decisiones; los padres pueden abstenerse de elegirle a su hijo la carrera, de opinar sobre sus amistades, de resolverle sus problemas, etc, aunque puede dar su ayuda si le es solicitada.

c. Logro de una madurez emotiva

Uno de los logros de la adolescencia es que el joven aprenda a expresar sus afectos y emociones de manera menos infantil y más adulta, haciendo uso de su tolerancia a la frustración y no huyendo de la realidad. Los adultos deben de

colaborar en este aspecto siendo congruente con la expresión de sus afectos hacia el joven y tolerando la ambivalencia que el adolescente manifiesta hacia la familia o bien tolerando la ambivalencia que el mismo padre puede sentir hacia su joven hijo.

Los adultos ambivalentes en sus afectos y poco tolerantes desconciertan y confunden al adolescente, no permitiéndole crecer. Para que se logre la madurez emotiva en esta fase la figura paterna es primordial.

d. Independencia económica

La independencia económica esta muy relacionada con la elección profesional o la elección de un oficio; ya que de una buena selección de ocupación derivara el ingreso económico que este obtenga. El dinero le da al individuo independencia por la capacidad de satisfacer las necesidades básicas y de esparcimiento tan necesarias en la edad adulta. Cabe mencionar que la educación hacia el dinero debe darse a través de todo el desarrollo psicológico, pues el dinero aparte de ser el medio para adquirir diferentes artículos, posee significados simbólicos como el de obtener poder, autoridad, la oportunidad de someter, y humillar a otros; o bien comprar afectos; también posee el significado simbólico de protección, de la tranquilidad de que por medio de el se puede ser generoso con las necesidades personales y de los demás.

e. Logro de la adultez intelectual

El adolescente debe aprender a pensar de tal manera que sus razonamientos lógicos lo lleven a la conclusión de todo efecto tiene una causa, es decir que se comprenda plenamente que las actitudes positivas tendrán efectos positivos y los comportamientos negativos tendrán consecuencias negativas de tal manera que se deje de socializar la culpa y se tenga la madurez para asumir las propias decisiones. En esta fase el joven requerirá de pruebas que validen

tanto lo que él dice como lo que se le dice. Si esta forma de pensar se aplica también a los afectos entonces el chico poseerá mayor madurez afectiva, que le producirá una gran satisfacción.

f. Poseer una filosofía de la vida

Además de la religión, y el ambiente que le dan al joven un sentido particular del como es correcto vivir, el adolescente necesita mantener un cuerpo de creencias y valores sólidos que impliquen una guía en su vida, para caminar con mayor seguridad. Los adultos tambaleantes en sus propias filosofías y en sus propios valores no se comprometen como modelos de identificación adulta. El adolescente necesita un modelo de autoridad de acuerdo a su edad y circunstancias. Se debe de tener una clara filosofía de la vida y jerarquía de valores afectivos adecuados que le permitirán actuar de tal modo que dejen claras las prioridades en la vida cotidiana como en el caso del amor, Amistad, envidia, venganza, destrucción, dinero, corrupción, engaño, control afectivo, etc. Un adulto tiene la plena capacidad de reconocer en momentos de conflicto esa jerarquía afectiva que le da sentido a su vida cotidiana, colaborando con una adecuada filosofía práctica y honesta de la vida.

g. Un adecuado uso del ocio

Todo ser humano tiene derecho a momentos de esparcimiento y el adolescente no es la excepción, este necesita actividades culturales, deportivas y sociales que favorezcan un uso adecuado de su tiempo libre, este tipo de actividades le ayudarán a fortalecer sus energías para continuar con su desarrollo. Si el adolescente utiliza su tiempo libre de manera sana y creativa quiere decir que ha logrado su identidad. Es importante que el adolescente que ha logrado fortalecer su identidad tenga capacidad de sublimar y ser creativo, ya que esto dará la señal de que el joven logró la recuperación del sí mismo y lo transforma en un producto estético. Cuando el joven utiliza su tiempo libre en actividades destructivas o simplemente no creativas quiere decir que el joven sigue en

busca de una satisfacción infantil de la cual no se ha logrado recuperar, es decir, es posible que el joven en una búsqueda desviada de la identidad se dedique al tan mundialmente famoso graffiti, o a ser parte de una pandilla o grupos destructivos que pueden utilizar estupefacientes o pueden delinquir, no solo con la idea de obtener un bien “de manera sencilla” sino con la idea inconsciente de ser identificado como el ladrón, drogadicto, o miembro de la pandilla x .

h. Una necesidad de una realización vocacional

Existen dos decisiones primordiales en la vida del adolescente: la elección vocacional y la elección de una pareja. Sin embargo el logro en las fases finales de la adolescencia no es elegir una vocación, sino ejercer adecuadamente la profesión u oficio que se haya elegido, ejercerlo con compromiso, constancia, madurez, sabiduría etc. Lo mismo se espera en la relación de pareja, pues el joven a estas fechas ya debe de tener la madurez para amar con fidelidad, ternura y entrega. De tal manera que estas dos características le ayudarán al nuevo adulto en forma relevante a consolidar su identidad como ser humano.

1.6 ¿ES ANALIZABLE LA ADOLESCENCIA?

Como es bien sabido la adolescencia es un periodo que se considera una etapa larga, en la que el individuo pasa por un periodo de crisis, dicha fase es un momento decisivo en el cual el sujeto tiene que elegir la orientación que habrá de tomar para su vida futura; “la palabra crisis tiene entonces el sentido que se exhibe en la medicina clásica: designa el momento en el que la enfermedad va a decidirse entre la curación o la muerte, el momento en el que podrá juzgarse” (Mannoni, 1996, Pág. 17).

Etimológicamente la palabra crisis (Krisis) quiere decir juicio; o bien un estado agudo; entonces si se habla de crisis en la adolescencia se estará hablando de

que el momento en el que un sujeto habrá de decidir el futuro es precisamente es cuando se encuentra en un estado de crisis.

En base a que el joven adolescente se encuentra en un momento de crisis, será raro que emprenda por si mismo un análisis sin siquiera dar aviso a sus padres (aun después de haberse establecido en la mayoría de edad a los 18 años); y cuando son enviados por sus padres (de quienes se quiere independizar) se sienten como atrapados en el deseo de su segunda separación-individuación y es muy factible que rechacen la propuesta de análisis, además que el psicoterapeuta es visto (cuando menos al inicio del tratamiento) como un aliado de los padres y en su fantasía es muy factible que imaginen que “ese aliado” quiera evitar que el joven se desprenda de sus objetos primarios, y al no lograr su independencia, no obtendría la consolidación de su identidad.

Debido a la crisis misma de la adolescencia, y por el deseo de separación-individuación (que de alguna u otra forma obstaculiza los lazos profundos con los adultos), o bien por una neurosis plenamente identificada, el joven tendrá serias dificultades para confiar y comprometerse con un tratamiento psicoterapéutico. Cabe enfatizar que dichos elementos son esenciales para lograr una alianza psicoterapéutica, y como es bien sabido si no existe una verdadera alianza no existirá un verdadero tratamiento psicoterapéutico; es por ello que la pregunta del título de este artículo vuelve a repetirse ¿es analizable la adolescencia?

Debido a lo anteriormente expuesto sería indispensable hacer un análisis sobre la técnica psicoanalítica clásica, ya que es importante reconocer que no ha sido de gran ayuda para el tratamiento con los jóvenes, aunque sabemos que Freud nos dio una teoría irremplazable, sin embargo, la experiencia de vario teóricos especializados en psicoanálisis afirma que dicha teoría no nos ayuda demasiado con los adolescentes “En el analista en quien hallaremos algo más utilizable es Winnicott, no Melanie Klein, que se interesaba mas bien en los niños y reducía demasiado el trabajo del analista a la interpretación simbólica.

Winnicott aporta ideas originales, por ejemplo ve la práctica del psicoanálisis como algo simple, fácil y al alcance de los principiantes”, (Mannoni, 1996, Pág. 20).

Por lo que se refiere a la crisis del adolescente Winnicott opina que “La adolescencia solo dura cierto tiempo y el tiempo es si remedio natural, sin embargo, esta crisis entraña riesgos, riesgos que hay que vigilar para que no se conviertan en enfermedades mentales” (Mannoni, 1996, Pág. 20).

Mannoni opina que no se trata de combatir la crisis de la adolescencia, ni de curarla, ni de abreviarla, sino más bien se trata de acompañarla y, si se supiera como explotarla para que el sujeto obtenga de ella el mejor partido posible seria aún mejor. Por lo tanto una de las técnicas que nos sugiere este autor al trabajar con adolescentes en el campo de la psicoterapia es que no solo acompañemos y comprendamos al joven en este momento decisivo para su personalidad sino que también es importante que se respete al paciente.

Entonces se podría concluir que la adolescencia se trata de un paso inevitable, un paso que no deja de presentar riesgos, es por ello que es importante cuidar, respetar y acompañar a los jóvenes que se encuentran en esta etapa de la vida. “Quien ha condenado su propia crisis de la adolescencia o quien se avergüenza de ella, si llega a hacerse analista, puede sentirse molesto ante la crisis de adolescencia de su paciente” (Mannoni, 1996, Pág. 21).

Winnicott piensa que el yo en el adolescente debe hacerle frente a un nuevo impulso del ello, entonces “la adolescencia sería la repetición o en todo caso la continuación de la pubertad”. (Mannoni, 1996, Pág. 21).

Otro de los inconvenientes que se pueden presentar en el análisis con los adolescentes es que algunos padres parecen dimitir de sus obligaciones y transfieren esa responsabilidad en el terapeuta de su hijo; por lo que es muy recomendable cuando se trabaja con adolescentes que también se trabaje con

los padres para que no se deslinden de sus responsabilidad y no saboteen consciente o inconscientemente el análisis de su hijo.

Winnicott opina que nuestro papel como psicoterapeutas de adolescentes es afrontar, (contener las ansiedades tanto de los padres como del mismo joven adolescente) lo cual da por sobre entendido que no se trata de soportar pasivamente ni de reprimir ciegamente, ya que el afrontar es un signo de salud; por lo tanto para lograr tener éxito en el trabajo con adolescentes se recomienda llevar a cabo el análisis sin preocuparnos de probar una verdad teórica, con esto se podría tener la ocasión de confirmar, modificar, refutar o de inventar nuevas proposiciones teóricas. “no es la teoría lo que causa una dificultad, es la preocupación por defender la teoría. Las teorías están hechas para poder ser refutadas, pues de otra manera serían dogmas que aplicamos ciegamente” (Mannoni, 1996, Pág. 24).

Otra situación que puede llegar a obstaculizar el análisis con adolescentes es la oscuridad de los fenómenos de identificación. El sujeto esta obligado a condenar las identificaciones pasadas. Sabe que ya no es un niño y si no lo sabe no faltará quién se lo recuerde, pero sabe también que no es un adulto (algo que se le recuerda aún más). “los seres humanos también mudan en el momento de la adolescencia, y sus plumas son plumas prestadas; el adolescente que comienza a perder sus antiguas identificaciones toma el aspecto de algo prestado” (Mannoni, 1996, Pág. 27).

La adolescencia es el momento de desembarazarte de objetos prestados (identificaciones de otros yo), ya que si al terminar la adolescencia el sujeto no se ha desembarazado de esos objetos prestados será más complicado lograr la consolidación de una real identidad, que le ayude a tener integración, plenitud y progreso en su vida. “Frente a una crisis de la adolescencia no poseemos ningún medio para intervenir en lo que es esencial: las elecciones en el campo de las identificaciones. Podemos desarrollar un juego, juego que

no tiene consecuencias directas en la realidad, así como las identificaciones, “(Mannoni, 1996, Pág. 28).

La carencia teórica acerca de las identificaciones y su uso en la terapia con adolescentes es lo que hace embarazosos los casos de patología de la adolescencia. “En un análisis con adolescentes, el analista no logrará gran cosa si permanece ceñido a su saber, saber que forma parte del mundo que el adolescente repudia. El analista deberá lograr que se pueda desarrollar el juego del repudio y la discusión, lo cual constituye el único medio de reencontrarse con un mundo en el cual uno pueda ponerse de acuerdo, pero todo eso es muy oscuro porque el análisis no es un juego. Pero cuando Winnicott dice que el espacio analítico es el espacio transicional, dice lo esencial” (Mannoni, 1996, Pág. 30).

1.7 METAMORFOSIS DE LA PUBERTAD

Con la llegada de la pubertad se introducen cambios en el ser humano, cambios que llevan a un individuo a que se de su conformación sexual definitiva; la normalidad de una vida sexual será garantizada únicamente si este es educado con base a un equilibrio entre la ternura y la sensualidad. Ya que la primera de ellas reúne los depósitos infantiles primordiales para lograr una fuerza yoica suficiente, que le permita a un ser humano tener una adecuada integración y maduración personal. “La normalidad de la vida sexual es garantizada únicamente por la exacta coincidencia de las dos corrientes dirigidas al objeto y a la meta sexuales: la tierna y la sensual” (Freud, 2001/1915, Pág. 189). Por lo tanto se podría considerar que todas las perturbaciones patológicas de la vida adulta han de considerarse con bases sólidas como inhibiciones del desarrollo.

Al inicio del desarrollo psicosexual la libido esta canalizada hacia el self (libido narcisista), posteriormente dicha libido es transferida a los objetos y cuando esta libido es quitada de los objetos, se mantiene fluctuante en particulares estados de tensión y por ultimo es recogida en el interior del yo, con lo cual se convierte de nuevo en libido yoica. A esta última también se le denomina libido narcisista. La libido narcisista o libido yoica aparece como el gran reservorio, desde el cual son emitidas las investiduras de objeto y al cual vuelven a replegarse.

Una de los roles paternos primordiales es enseñar al niño a amar, ya que esto le ayudará a que se convierta en una persona integra, dotada de una enérgica necesidad sexual, y una fuerte necesidad de consumir en su vida todo aquello hacia lo cual la pulsión empuja a los seres humanos, es decir, tendrá esperanza, motivación y energía para lograr cumplir sus metas; sin embargo, un exceso de ternura por parte de los padres resultará dañino, pues apresurará su maduración sexual y también malcriará al infante. “Uno de los mejores preanuncios de la posterior neurosis es que el niño se muestre insaciable en su demanda de ternura a los padres; y por otra parte son casi siempre padres neuropáticos los que se inclinan a brindar una ternura desmedida y contribuyen en grado notable con sus mimos a despertar la disposición del niño para contraer una neurosis, es decir, los padres neuróticos tienen caminos más directos que el de la herencia para transferir su perturbación a sus hijos”. (Freud, 1915/ 2001, Pág. 204).

1.7.1 La angustia infantil

La angustia en los niños no es nada mas que la expresión de su añoranza de la persona amada, por eso responden a cualquier evento ajeno o a cualquier ser humano extraño de manera angustiante. Existen diferencias entre los niños para responder a los diferentes estados de angustia, ya que los niños que tienden a manejar una pulsión sexual hipertrofica o prematuramente

desarrollada o bien suscitada por los mimos excesivos, suelen ser niños más angustiados “En base a la angustia el niño se comporta de igual forma que el adulto: tan pronto como no puede satisfacer su libido la muda en angustia; y a la inversa, el adulto, cuando se ha vuelto neurótico por una libido insatisfecha, se comporta en su angustia como un niño: empezará a tener miedo apenas quede solo” (Freud, 2001/1915, Pág. 204).

Una persona que se ha considerado sana en la mayoría de sus áreas, (social, familiar, psicológica, académica, laboral etc) y al perder algo importante es factible que se enferme, pues al sufrir una experiencia de pérdida, puede haber una reversión de su libido a las personas predilectas de la niñez. Alentamos entonces la esperanza de descubrir en la niñez las bases de la personalidad de un individuo; (orientación de la pulsión sexual, vergüenza, asco, la capacidad para sentir compasión, las construcciones sociales de la moral y de la autoridad, capacidad para tener esperanza, constancia objetal, etc). De tal manera que se podría concluir que una persona que tiene aberraciones en su vida sexual o bien algún tipo de neurosis es debido en gran medida a cierta inhibición del desarrollo en su vida infantil y ello obstruirá importantemente los procesos de sanación de un sujeto, por ejemplo en el caso de que la vida lo ponga en el dilema de tener que responder a una pérdida, entonces el sujeto que ha tenido inhibiciones emocionales en su vida infantil tendrá menos herramientas psicológicas que le ayuden a superar su pérdida.

2. IMAGEN CORPORAL

2.1 UNA DEFINICIÓN INTEGRADORA.

Analizando e integrando las diferentes aportaciones, se propone la siguiente definición con carácter integrador.

La imagen corporal es un constructo psicológico complejo, que se refiere a como la auto percepción del cuerpo/apariencia que genera una representación mental, compuesta por un esquema corporal perceptivo, así como las emociones, pensamientos y conductas asociadas.

2.2 DEFINICIONES ACTUALES DE IMAGEN CORPORAL

Existen numerosos términos utilizados actualmente en el campo de la imagen corporal, que son cercanos conceptualmente, similares en algunos aspectos, o incluso sinónimos, pero que aún no han sido consensuados por la comunidad científica. Por ejemplo: Imagen Corporal, Esquema Corporal, Satisfacción Corporal, Estima Corporal, Apariencia, Apariencia corporal, y dentro de las alteraciones se habla de Trastorno de la Imagen Corporal, Alteración de la Imagen Corporal, Insatisfacción Corporal, Dismorfia Corporal, Insatisfacción Corporal o Distorsión Perceptiva Corporal.

2.3 LA IMAGEN CORPORAL

El estudio de la imagen corporal ha recibido una atención creciente por parte de la comunidad científica, debido a que las alteraciones en la estructuración de dicha imagen son relativamente frecuentes en nuestra sociedad, especialmente entre las mujeres, hasta el punto de que se han convertido en un descontento normativo.

La adolescencia en las jóvenes se ha señalado como un período particularmente crítico, debido a que el desarrollo púberal entra en conflicto con el ideal estético socialmente impuesto, que suele sobrevalorar el atractivo físico. Esta falta de apreciación positiva del propio cuerpo incide de forma significativa sobre el bienestar psicológico de las chicas adolescentes, e incluso sobre el físico, ya que se ha constatado que las jóvenes con una imagen corporal negativa son propensas a padecer otros problemas psicológicos, como una baja autoestima, más tendencias a sufrir depresión y un mayor riesgo de sufrir trastornos alimentarios.

2.4 IMPORTANCIA DEL CONCEPTO DE IMAGEN CORPORAL

El concepto de imagen corporal es un constructo teórico muy utilizado en el ámbito de la psicología, la psiquiatría, la medicina en general o incluso la sociología. Es considerado crucial para explicar aspectos importantes de la personalidad como la autoestima o el auto concepto, o para explicar ciertas psicopatologías como los trastornos dismórficos y de la conducta alimentaria, o para explicar la integración social de los adolescentes. Sin embargo, no existe un consenso científico sobre qué es la imagen corporal, o cómo se evalúa, ni cómo se manifiesta una alteración de ella, ya que las diferencias corrientes psicológicas o bien las demás ramas de la medicina y ciencias encargadas de estudiar lo que es la imagen corporal tienen diversas teorías de acuerdo a como se forma o bien como se deforma la imagen del sí mismo.

2.5 EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE IMAGEN CORPORAL.

Las primeras referencias a imagen corporal, y alteraciones asociadas, se hallan en los trabajos médicos sobre neurología de los principios del siglo XX.

Fisher (1990), cita los trabajos de Bonnier quien en 1905 acuña el término de “aschemata” para definir la sensación de desaparición del cuerpo por daño cerebral, o Pick en 1922, utiliza el concepto “autotopagnosia”. Para referirse a problemas con la propia orientación corporal Pick, igualmente, indicaba que cada persona desarrolla una “imagen espacial” del cuerpo, imagen que es una representación interna del propio cuerpo a partir de la información sensorial, mientras que Henry Head, en los años 20, proponía que cada individuo construye un modelo o imagen de sí mismo que constituye un estándar con el cual se comparan los movimientos del cuerpo, y empezó a utilizar el término “esquema corporal”.

Schilder, es uno de los pioneros en el análisis multidimensional del concepto de imagen corporal, él propone la primera definición que se realiza sin recurrir a aspectos exclusivamente neurológicos, y retoma aportaciones de la fisiología, del psicoanálisis y de la sociología, para poder definir dicho concepto de imagen corporal. (Rice, 2002).

Analizando las aportaciones de diversos autores Pruzinsky y Cash (1990) proponen que realmente existen varias imágenes corporales interrelacionadas:

- Una imagen perceptual. Se referiría a los aspectos perceptivos con respecto a nuestro cuerpo, y podría parecerse al concepto de esquema corporal mental, incluiría información sobre tamaño y forma de nuestro cuerpo y sus partes.
- Una imagen cognitiva. Que incluye pensamientos, auto-mensajes, creencias sobre nuestro cuerpo.
- Una imagen emocional. Que incluye sentimientos sobre el grado de satisfacción con la figura y con las experiencias que proporciona el propio cuerpo.

Para estos autores la imagen corporal que cada individuo tiene es una experiencia fundamentalmente subjetiva, y manifiestan que no tiene porque haber un buen correlato con la realidad. Este concepto amplio de imagen corporal, tiene las siguientes características: (Skrzypek, Wehmeier, Y Remschmidt, 2001):

- 1.- Es un concepto multifacético.
- 2.- La imagen corporal está interrelacionada por los sentimientos de autoconciencia.
- 3.- La imagen corporal está socialmente determinada. Desde que se nace existen influencias sociales que matizan la auto percepción del cuerpo.
- 4.- La imagen corporal no es fija o estática, más bien es un constructo dinámico, que varía a lo largo de la vida en función de las propias experiencias, de las influencias sociales, etc.
- 5.- La imagen corporal influye en el procesamiento de información, la forma de percibir el mundo está influenciada por la forma en que se siente y se piensa en relación al propio cuerpo.
- 6.- La imagen corporal influye en el comportamiento, y no sólo la imagen corporal consciente, sino también la preconscious y la inconsciente.

Thompson, (1990) amplía el término de imagen corporal, e incluye un componente conductual que se fundamenta en qué las conductas tienen origen en la consideración de la forma del cuerpo y el grado de satisfacción que se tienen con él. Por ejemplo, evitar situaciones donde se vea el cuerpo desnudo o comprar ropas que simulen ciertas partes del cuerpo.

Slade (1994), centra su explicación más en una representación mental, la cual se origina y modifica por diversos factores psicológicos individuales y sociales,

la define así: “la imagen corporal es una representación mental amplia de la figura corporal, su forma y tamaño, la cual está influenciada por factores históricos, culturales, sociales, individuales y biológicos que varían con el tiempo” (Slade, 1994, Pág. 231).

Raich (2000), propone una definición integradora de imagen corporal; en la que se menciona que:

“es un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos.” (Raich, 2000, Pág. 203).

2.5.1 FORMACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL

El surgimiento y desarrollo de la imagen corporal de cada uno de los individuos tiene su origen en la infancia, ya que dicho concepto está íntimamente ligado principalmente con la tercera fase del desarrollo psicológico, según la teoría que postula Malher, esta fase del desarrollo es conocida como separación-individuación; en esta fase se vive entre las representaciones del sí mismo y las representaciones objetales y tiene su aparición entre el 6o u 8o mes y culmina entre a los tres años de edad aproximadamente. Esta fase se divide en separación (6/8 a los 10/13 meses), práctica (10/12m a los 16/18 meses), reaceramiento (18 a los 22/24 meses) y formación de constancia objetal (18 a los 34/36 meses). En este periodo el niño comienza a notar que es un individuo, y que tiene un cuerpo el cual le permite el movimiento y la independencia. Al respecto Malher (citada por Kernberg, 1996, Pág. 49), opina que:

“Esta etapa comienza al completarse la diferenciación de la representación del si- mismo respecto de la representación objetal a partir del núcleo formado por la representación conjunta “buena” si-mismo- objeto e incluye la ulterior diferenciación entre la representación del si-mismo y la objetal a partir del núcleo de la representación conjunta “mala” si- mismo-objeto. Termina con la integración de las representaciones buenas y malas, es decir las representaciones objetales totales”.

La formación de la imagen corporal se da en una edad temprana, es así como Beltrán (1995) menciona que el desarrollo del conocimiento del niño en los primeros años de su vida, se ha centrado principalmente en el estudio visual del propio niño ante el espejo. Este autorreconocimiento se consigue entre los 18 y 24 primeros meses de vida. Ya que desde esta edad el niño va adquiriendo su propia imagen corporal. A lo largo de la infancia, el niño va diferenciando poco a poco su cuerpo del resto del ambiente más cercano, hasta que el sentido de sí mismo corporal es tan fundamental que como Allport (Citado por Beltrán, 1995) señala, que la mayoría de los adultos carece normalmente de conciencia de sí mismo, y sólo en determinados momentos (ante la enfermedad, dolor, etc.) se es consciente de la existencia y función de la imagen corporal funcional.

La búsqueda del niño por la individuación, comienza con integrarse en la realidad y conocer los objetos exteriores que le rodean, para así crearse una imagen de su propio cuerpo, como L'Ecuyer (citado por Beltrán, 1995) considera que en la infancia se da la emergencia del Yo, comprendiendo la formación de una imagen corporal, entendiendo que la percepción del Yo deriva de la percepción del propio cuerpo. Y cuando esto no se logra asertivamente llegarán determinados tipos de patología que por supuesto influirá importantemente en la formación de patologías de la imagen corporal. Dicha patologías esperadas en esta etapa según” (Kernberg, 1992), son las siguientes:

- Estados fronterizos de la personalidad (subfase del reaceramiento)
- Falla en el establecimiento de los límites yoicos.
- Fallas en el área cognitiva.
- Defensas primitivas (escisión, idealización primitiva, omnipotencia, etc).
- Incapacidad de integrar las representaciones del si-mismo libidinalmente y agresivamente catectizadas, concepto que refleje con mayor fidelidad al si mismo real.
- Incapacidad de integrar las representaciones objetales libidinalmente y agresivamente catectizadas, concepto que impedirá el poder comprender realistamente a otras personas.

2.5.2 DESARROLLO DE LA IMAGEN CORPORAL.

Dentro del complejo desarrollo infantil, se considera importante analizar la formación de la imagen corporal, ya que, el integrar una realista imagen del sí mismo le permitirá al individuo integrar la imagen objetiva del objeto. La práctica de hacer que el niño vea su propia imagen ante el espejo, le ayudará a sentirse como un ser integral y completo, es decir, en un principio el niño que no ha reflejado su imagen en un espejo, se recibe así mismo como desfragmentado, ya que, las sensaciones que este tiene le son aisladas, el hambre en el estómago, la mamila en su boca, etc. El ver su imagen en el espejo, le permite identificar su cuerpo como completo y propio, corroborando de este modo que su cuerpo es un grupo de funciones unidas, ello le ayuda a asociar los movimientos que le son reflejados, con las sensaciones inmediatas del cuerpo.

“La imagen corporal es una estructura que se desarrolla durante toda la vida, pero su formación básica se realiza en los primeros meses de vida, por que revisare este periodo para apuntar las prácticas que se ponen en juego en la díada madre-hijo que a mi juicio permite esta construcción cultural, base de los sujetos.” (Aguado, 2004, p.54).

Es así como la imagen corporal juega un papel importante en el desarrollo del infante, ya que esta conlleva a la independencia y el desarrollo de motricidad del niño, así como a la comprensión objetiva de la realidad, y si por algún motivo ésta se ve alterada ello va a contribuir a patologías relacionadas al propio cuerpo.

Es ampliamente conocida la afirmación de que durante los primeros meses de vida el individuo experimenta un “Narcisismo sin Narciso” que hace referencia que todavía no se realiza la diferenciación entre el yo y la realidad.

“En esta etapa se establece un diálogo tónico entre la madre y el niño. Dicho diálogo se realiza gracias a un proceso ritualizado que es el cuidado de la madre al niño que es específico a cada cultura, aunque se encuentran fuertes semejanzas entre una cultura y otra”. (Aguado, 2004, Pág. 56).

El vínculo madre-hijo, que se desarrolla a temprana edad, se considera como importante para que el niño vaya ubicando la parte de la realidad, ya que al empezar a diferenciarse de la madre, comienza el proceso como individuo y no como díada, ello por supuesto influirá de manera decisiva en el desarrollo de la imagen corporal.

Los elementos que marcan este periodo son los procesos somáticos y las necesidades primarias. Erikson (1993) enfatiza que es la alimentación, la evacuación, el abrigo y el sueño los procesos alrededor de los que se ordena en este momento del desarrollo. Si se parte de que la nutrición es la práctica más significativa que involucra a la madre con el niño, en esta primera etapa, se

comprende por qué el centro de atención más importante es la boca, tal y como lo han demostrado los diversos estudios psicoanalíticos (fase oral del desarrollo en la terminología freudiana). La boca es una zona corporal que tempranamente está envuelta en el significado cultural de dar y recibir con subsidiarios como incorporar-sacar, basado en el eje dentro-fuera, que no es difícil asociar con el esquema comunicativo posterior. El proceso de identificación se inicia en este estadio. (Aguado, 2004, Pág. 56).

5.6 LA IMAGEN CORPORAL EN LA ADOLESCENCIA

Como se mencionó anteriormente, la imagen corporal es formada en la edad temprana, y en la fase de la adolescencia se da un resurgimiento de todas las pulsiones tanto pregenitales como genitales del individuo; es por eso que esta etapa es un tanto frágil y movable, ya que es la fase donde se encuentra el resurgimiento de toda la génesis de este autoconcepto.

“...La forma más básica de una experiencia corporal es la conciencia corporal en el espacio, afirmó que un niño no puede diferenciarse psicológicamente de un medio a menos que pueda colocarse en algún sitio dentro de ese ambiente. Por eso, las experiencias motoras tienen mucho que ver con el desarrollo de la imagen corporal y el autoconcepto.” (Harris, 1974, p.120).

La motricidad de un individuo en la edad temprana, le va permitiendo identificar las partes de su cuerpo y coordinar sus movimientos con los pensamientos, es importante destacar que las conexiones cerebrales que surgen de esta conciencia corporal que se va formando junto a la motricidad del niño, ayuda de manera muy significativa a la maduración del mismo, es decir, es aquí donde se puede observar la manera en que se integra la mente y el cuerpo en el ser humano.

La integración del niño al ambiente, integra de manera crucial al niño en la realidad, ya como individuo, y este pretende enfocarse en el conocimiento de lo interno o propio (su cuerpo) y los objetos que le rodean, para conformarse como unidad. Sin embargo, llegando a la adolescencia pareciera que existe cierto retroceso de este avance en la maduración tanto cognoscitiva como psicológica, y se manifiestan ciertas alteraciones de la imagen corporal, (junto con otro tipo de síntomas característicos de cada subfase de la adolescencia); esto es debido a la crisis de la propia adolescencia; con el resurgimiento de todas las pulsiones tanto pregenitales como genitales y los síntomas que ello acompaña implican también cierta distorsión de la percepción del propio cuerpo.

2.7 AUTOCONCEPTO

El autoconcepto se define como la representación mental que tiene uno de sí mismo, es decir, la imagen interior y el concepto que se encuentra inconscientemente integrado en el sujeto.

El autoconcepto hace referencia al Yo, ya que se relaciona con el estado de la imagen que se interioriza del cuerpo, es por eso que el autor Stuart y cols (2006) menciona que de todos los atributos humanos, el yo es el más complejo e intangible, es el marco de referencia a través del cual un individuo se percibe, se concibe y se evalúa así y a su mundo objetal. El autoconcepto se define como todas las ideas, creencias y convicciones que constituyen el conocimiento de sí mismo y que influye en las relaciones con los demás. Incluye la percepción que un sujeto tiene de sus propias características, de las capacidades personales, las interacciones con los objetos y con el mundo objetal, los valores asociados con las experiencias y los objetivos e ideales.

“El autoconcepto es fundamental para comprender a la persona y su conducta. No existen personas con el mismo autoconcepto. El autoconcepto surge o se aprende a través de las experiencias internas de cada persona, las relaciones con los demás y las interacciones con el mundo exterior.” (Stuart, 2006, p. 155).

La importancia de la imagen corporal, radica en la interacción de la interioridad del sujeto con la realidad exterior, dándole pautas para un mejor desarrollo y motricidad, así como capacidad mental y conceptualización de los objetos exteriores.

Las representaciones mentales del cuerpo, es decir, la imagen corporal, afecta desde el punto de vista psicológico el estado de salud y ánimo en las personas, al igual que el autoconcepto, ya que este engloba las opiniones y sentimientos de una persona acerca de sus propio cuerpo y afecto físico.

2.8 IDENTIDAD

La palabra identidad se deriva del latín “identitas” que significa “calidad de idéntico” “conjunto de circunstancias que distinguen a una persona de las demás” (Pequeño Larousse, 1995, Pág. 198).

Cuando se habla de identidad necesariamente se tendrá que hablar de clasificación de género, clasificación de una nacionalidad, de clase social, es relevante saber si la persona ha sido criada en la ciudad o en el campo, a que grupo étnico, civil o religioso pertenece. También la edad el tipo de actividades y/o intereses, o la ocupación ayudan en gran medida a la formación de una identidad.

La identidad de género es una asignación que la sociedad le da a las diferencias biológicas que existen entre hombre y mujer, al respecto Prado opina que “La asignación de lo masculino y femenino es una construcción social, es una interpretación social de lo biológico. Para la sociedad lo que hace

femenina a una hembra y masculino a un macho es apropiarse de características que la sociedad le asigna a cada sexo” (Prado, 2006, Pág. 53).

2.8.1 IDENTIDAD FEMENINA

Para que un ser humano se reconozca como hombre o como mujer es importante distinguir entre las diferencias sexuales, que implican la diferencia entre machos y hembras y las diferencias de género que son las diferencias psicológicas o de comportamiento entre los sexos.

2.8.2 DIFERENCIAS DE GÉNERO

Al parecer las diferentes culturas que han existido a lo largo de la historia de la humanidad, determinan los diferentes tipos de comportamiento asignados a cada género sexual, es decir, la propia cultura determina las actitudes o acciones que se espera que cada ser humano manifieste, según sea el sexo al que pertenece, es por ello que Papalia y cols nos describen 3 puntos básicos para determinar las diferencias de género (Papalia y cols; 2001).

- **El papel del género:** todas las culturas tienen rasgos, actitudes, o acciones que se consideran esperadas o adecuadas para cada género; y el papel de género es precisamente lo que describe los comportamientos, intereses, actitudes, destrezas y rasgos de la personalidad que se consideran apropiados para hombres y mujeres.
- **La tipificación del género:** es el aprendizaje de un niño acerca del papel de su género, el cual aprende a través de la socialización. El grado de introyección de dicho aprendizaje dependerá en gran medida de las diferencias personales de cada sujeto.
- **Los estereotipos de género:** son generalizaciones exageradas acerca del comportamiento femenino o masculino. Los estereotipos de género

se presentan en muchas culturas y se encuentran en niños desde los tres años de edad. Estos estereotipos pueden afectar el comportamiento de un adulto a la hora de realizar alguna actividad que se considera mayormente adecuada para el género sexual al cual no pertenece.

2.9 LA ALTERACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL

En las últimas décadas se ha recobrado un gran interés por el tema de la imagen corporal y por supuesto las alteraciones que ésta puede sufrir. Los Trastornos de la imagen que puede llegar a tener un ser humano, han sido causa de diversas patologías mentales; dichas patológicas pueden llevar a una persona a conductas destructivas, incluso a la muerte; este puede ser el caso de los trastornos en la Conducta Alimentaria (TCA), como son la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa.

Debido a la gravedad de los síntomas que puede desencadenar los diversos trastornos alimentarios, ha habido un aumento en la atención social además de un importante corpus científico, que se ha ido encargando de ir analizando la etiología, clínica asociada, tratamientos eficaces, etc.

Exactamente a qué se está haciendo referencia cuando se habla de alteración o trastorno de la imagen corporal? Dado que las anteriores definiciones plantean que la imagen corporal es un constructo polifacético, la mayoría de los autores que han investigado y escrito al respecto coinciden en que se puede hablar de alteración de imagen corporal si se comprueba que uno de los factores que la componen está de alguna forma alterada.

Como entidad nosológica propia, existe una alteración grave de la imagen corporal que históricamente se denominaba Dismorfofobia, y que actualmente es considerado como Trastorno Dismórfico Corporal y para el cual existen tres criterios diagnósticos (APA, 1994):

- a) Preocupación por algún defecto imaginado del aspecto físico. Cuando hay leves anomalías físicas, la preocupación del individuo es excesiva.
- b) La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- c) La preocupación no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p.ej. la insatisfacción con el tamaño y la silueta corporales en la anorexia nerviosa).

A parte de este trastorno, no existe otra enfermedad o trastorno reconocido sobre alteraciones de la imagen corporal, que se incluya esta patología como criterio diagnóstico de trastornos ya clasificados.

2.9.1 DEFINICIÓN DE ALTERACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL

Se encontraron las primeras referencias en este campo a finales del siglo XIX cuando se acuña por Morselli el término de Dismorfofobia (miedo a la propia forma), en 1903 Janet se refiere a “la obsesión por la vergüenza del propio cuerpo Bruch (1962) citado por (Raich, 2000), describía una alteración de la imagen corporal en las anoréxicas y la definía como una desconexión entre la realidad de la forma y estado del cuerpo de las anoréxicas y de cómo ellas se veían, y concretamente como una distorsión en la auto percepción del tamaño del cuerpo.

Garner y Garfinkel (1981) en una revisión sobre sistemas de evaluación de la imagen corporal en anorexia nerviosa, proponen que la alteración puede expresarse a dos niveles:

- a) Una alteración perceptual, que se manifiesta en la incapacidad de las pacientes para estimar con exactitud el tamaño corporal

b) Una alteración cognitivo afectiva hacia el cuerpo. Que se manifiesta por la presencia de emociones o pensamientos negativos por culpa de la apariencia física.

A partir de este planteamiento clásico, al hablar de alteración de la imagen corporal es necesario especificar, sobre cuál aspecto de la imagen corporal ha sido considerado como alterado. Así, el término “distorsión perceptual” podría servir como expresión para denominar la alteración de la imagen corporal en el ámbito de la estimación de tamaño, e “insatisfacción corporal” como la expresión para denominar la alteración de la imagen consistente en el conjunto de emociones, pensamientos y actitudes negativos hacia el tamaño y forma del cuerpo. Sin embargo, en la literatura se encuentra el uso de estos términos de forma muy libre, por ejemplo, algunos autores utilizan el término “insatisfacción corporal” como la discrepancia entre la figura que se considera actual y la que se considera ideal, elegidas entre una serie de siluetas dibujadas (Gardner y Stark, 1999), y otros, como la puntuación obtenida en una escala de nueve ítems referidos a diferentes partes del cuerpo, junto a la satisfacción/insatisfacción que suscitan (Garner, 1998) y para Sepúlveda, Botella y León (2001) la presencia de juicios valorativos sobre el cuerpo que no coinciden con las características reales.

Vaz, Peñas, Ramos (1999) reclaman esfuerzos en la clarificación terminológica, y proponen junto a Thompson (1990), que no se confundan “alteración de la imagen corporal” con “insatisfacción corporal”, pues el primer concepto engloba al segundo y a otros muchos más aspectos.

Repasando diversas aportaciones en este campo, se podrían considerar otras propuestas (Baile, 2002):

a) No existe una expresión unívoca para referirse a la alteración-trastorno-desviación de la imagen corporal, en consonancia con la multidimensionalidad del propio constructo de imagen corporal.

- b) Debido a esto, el mismo término es utilizado a veces por diferentes autores pero lo operativizan de forma diferente, y utilizan técnicas muy diferentes de medida.
- c) Algunos autores proponen que el término más global podría ser “alteración/trastorno de la imagen corporal” y que éste englobaría a los demás, como distorsión perceptual, insatisfacción corporal.(Raich, Mora, Soler, Ávila, Clos y Zapater, 1994).
- d) Hasta que se llegue a un consenso terminológico, debería indicarse al hablar de alteración de la imagen corporal, a que faceta o aspecto del problema se refiere, si a una alteración a nivel perceptual, actitudinal, emocional, conductual.
- e) Es necesario abundar en trabajos que determinen si detrás de los diferentes términos, y de las diferentes formas de evaluación, existe fundamentalmente un único rasgo psicológico.

2.10 EVALUACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL Y SUS ALTERACIONES

Al parecer existen pocas propuestas que ofrezcan técnicas que evalúen la Imagen Corporal de forma “pura”, es decir, como constructo psicológico sin alterar. Todas las técnicas propuestas persiguen detectar algún tipo de alteración o trastorno.

Se han propuesto técnicas para evaluar los diferentes factores asociados, a continuación se mencionarán algunos términos relacionados con dicho tema: (Garner, 1998):

- Alteraciones perceptivas: Se han propuesto técnicas dirigidas a evaluar el grado de distorsión o percepción del tamaño corporal, para ello se mide la figura real y la que se cree tener y se comprueba el grado de distorsión. Para obtener la figura que se cree tener se utilizan diferentes sistemas: calibres móviles, auto dibujo, manipulación de imagen por fotografías, vídeo y ordenador.
- Alteraciones de aspectos subjetivos: Son técnicas que persiguen detectar alteraciones en las emociones, pensamientos, actitudes sobre la propia imagen. Las técnicas más habituales en este campo han sido las escalas de siluetas, donde se eligen las que corresponden con la necesidad o cuestionarios de ítems tipo Likert.
- Aspectos varios. En torno a la evaluación de imagen corporal, se han propuesto gran cantidad de técnicas que miden aspectos varios como por ejemplo: auto-registros de conductas, cuestionarios que exploran experiencias personales de burlas o de abuso sexual, grado de influenciabilidad por medios de comunicación. (Garner, 1998).

Esta pléyade de técnicas comenzó su desarrollo ya en la década de los 50´ cuando se realizan las primeras escalas diseñadas para la auto evaluación de la apariencia subjetiva y ha recibido durante estas décadas una importante atención en el mundo anglosajón, donde se han publicado cientos de investigaciones al respecto. (Jourard y Secord, 1955; citado por Garner, 1998).

3. EL PROCESO DE DUELO

3.1 PÉRDIDA DEL OBJETO AMADO

La pérdida del objeto amado es entendida como aquello ausente, que no solo ya no está presente, sino que se ha llevado con el una parte del sí mismo, situación que conduce a una inestabilidad psíquica que requiere de ser estructurada mediante un largo proceso, de tal manera que “la pérdida del objeto no puede ser experimentada como pérdida total antes de que este sea amado como objeto total” (Klein, 1975, Pág, 256). Lo que implica amar al objeto en toda su esencia, solo así la pérdida será experimentada. Entrar a un periodo de separación es haber amado al objeto del cual se encuentra desunido al yo y a todo lo que ello compete.

“La ausencia del objeto suele ser en ocasiones muy trágica, desde el punto de vista de la realidad lo perdido, (el objeto perdido) puede verse como algo que ha desaparecido, sin embargo, esta conclusión conduce a un camino difícil de caminar, difícil de entender y extenso de procesar, pues no es fácil que el yo se enfrente a algo que ya no le pertenece que se encuentra fuera del sí mismo”. (Allouch, 2001, Pág. 74).

Hablando de cuestiones de pérdida, se sabe que si bien no existe la representación inconsciente de la propia muerte, esto no significa que el individuo no albergue en su mente fantasías de vida eterna. Esta idea descansa en paz, es incluso útil pues creer en alguien o algo superior le proporciona evitar realmente vivenciar una muerte y esto es transformado con la idea de la vida eterna y de mejor calidad.

El narcisismo (amarse a sí mismo, a la propia imagen) juega un papel primordial en el tema del duelo o de procesar una pérdida; ya que “es a través de las identificaciones narcisistas el como se constituye el sujeto en la alineación y comienza la separación. El yo como siendo otro, con otro cuya imagen se

constituye. El deseo es el deseo del otro (otros, otros, otros) omnipotente, primigenio, todo-poderoso. La cuestión de la imagen es esencial, no solo en un reflejo, en un elemento que permite la constitución del yo, la identificación”. (Caruso, 2007, Pág. 18).

3.1.1 LA PÉRDIDA. UN ACONTECIMIENTO REAL Y SUBJETIVO

Lo real es una contrafigura de lo ideal, que parte de una indiferencia o identidad de lo ideal y lo real produciendo un desplazamiento recíproco de ambos. Lo real se caracteriza por contener una parte incognoscible de lo que sin embargo se puede ligar nexos que son actuales y provienen del mundo exterior, puesto que tienen un valor preciso y parte de ello se relaciona con el mundo real. “todo ser es subjetivo y objetivo, reviste la forma de sujeto-objeto” (Braunstein, 2001, Pág.179).

“Lo real, es decir, lo objetivo permanece no discernible, todo aquel trabajo científico que es producido en las percepciones sensoriales primarias es vinculada a factores intelectuales de nexos y relaciones de dependencia que están en el mundo exterior, que en el mundo interior del pensar del sujeto pueden ser reproducidos claros y quizás confiables tal situación habilita al yo a comprender una parte del mundo exterior, preverlo y si es posible modificarlo”. (Freud, 2001, Pág. 198).

La oposición entre lo subjetivo y lo objetivo se establece porque el pensar posee la capacidad de retomar nuevamente en la representación algo que en alguna ocasión fue percibido por el yo de una u otra forma; para ello no hace falta que dicho objeto tenga que estar presente en lo exterior. El examen de realidad es encontrar la percepción objetiva, y convencerse de que se encuentra presente de alguna forma, en la percepción subjetiva y objetiva existe una diferencia relevante ya que las percepciones que se tienen suelen ser modificadas o resultar percepciones con elementos omitidos, y/o alterados por

contaminación de diversos elementos. El examen de realidad tiene que controlar el alcance de las desfiguraciones de la que es capaz un sujeto.

“Todo lo que puede ser objeto de la percepción interior es virtual como la imagen misma de lo que es palpable. La creencia de la realidad o bien creencia en subjetividad conlleva un examen de realidad, es decir, un examen de subjetividad, habla entonces que lo objetivo y lo subjetivo se constituyen simultáneamente y simétricamente en el proceso del desarrollo del yo”. (Freud, 2001, Pág. 27).

La interpretación de que la muerte es el desenlace de toda la vida, parece infundir angustia en el sujeto, se desgasta intentando evadirla con el silencio. La muerte propia no se puede concebir, en el fondo todo ser humano cree en la inmortalidad aunque frente a la pérdida de cualquier objeto amado se mantiene una conducta particular anteponiendo un respeto y otorgando un valor mayor antes de ser aniquilado. (Entiéndase la muerte no solo como la muerte física de un ser humano sino como la pérdida del mismo por cualquier circunstancia, o la pérdida de cualquier objeto amado y esto puede ser inclusive una función física, y/o parte de mi propio cuerpo).

El inconsciente es el baúl que guarda la representación de la propia muerte que se injerta en la desarmonía, eliminando la cultura y expresando en forma fría al hombre interior. Lo paradójico de la vida es la constitución de la muerte por la vida y de la vida por la muerte. Todo lo ideal comienza por la internalización de algo derivado de objetos externos y modelados generalmente por la introyecciones de los objetos primarios (figuras parentales), “solo los objetos importantes externos pueden introyectarse: los objetos fuertemente catectizados por la libido” (Balint, 1993, Pág.64).

El niño suele proyectar su amor sobre el pecho gratificador, y especialmente su agresividad sobre el pecho malo. Aunque estos dos factores constituyen un círculo vicioso (el pecho me odia y me priva porque yo lo odio y así

recíprocamente). En el origen de la dialéctica entre objetos buenos y malos se hallaría la dualidad de las pulsiones de vida y de muerte. Al principio de la vida es cuando el sadismo se halla en la cumbre, y el equilibrio entre libido y destructividad estaría entonces más bien desviado a favor de tanatos.

“Toda pérdida implicaría una castración, de tal manera que este corte de energía libidinal es la fractura del yo, puesto que pierde parte de sí mismo, de lo que es él, de lo que a él le conforta, y sobre todo de aquello que lo complementa. También la castración es un acto de amor, de amor hacia la madre desde luego que el padre reivindica para sí mismo, pero también de amor hacia el hijo que solo por ese medio podrá realmente ser sexuado”. (Braurstein, 2001, Pág. 14).

La catástrofe de la separación repite todas las separaciones tempranas del hombre, representándolas y totalizándolas de manera que el sujeto siempre regresa a aquellos estadios en los cuales hubo una separación inconsciente y mal elaborada que marcó al yo; así la catástrofe de la separación no podría considerarse independiente de un pasado condenado a la pulsión repetitiva de toda la vida, entonces las pérdidas presentes que sufra un sujeto invariablemente lo remitirán al dolor de las pérdidas del pasado y su dolor será aún mayor.

3.2 INHIBICION, VACIO Y PÉRDIDA

El origen mitológico de Tanatos, proviene de un ser femenino, el ser femenino es caracterizado como una figura frágil y sensible, se cree que fue engendrada en el vacío y la soledad; también en un ambiente de oscuridad, todo lo que no se logra entender, lo misterioso; así mismo se le considera una buena amiga, consejera, y guía; mantiene una estrecha relación con la muerte que es lo inerte e inactivo; y con el infierno como el dolor y sufrimiento. Tanatos, finalmente es nieta de Caos, es decir, de lo desorganizado, incoherente y confuso.

“El término Tanatos, deriva del griego Thanatos, nombre que en la mitología griega se le daba a la diosa de la muerte; se le consideraba como diosa por haberse engendrado sola, hija de la noche denominada Eufrone que quiere decir madre del buen consejo, la muerte es hermana del sueño Hipnos e hija de Erebo el infierno quien además de Ser esposo de la mamá de Tanatos, era hermano de la noche y tanto el como ella eran hijos de Caos de ahí que Tanatos sea sobrina del infierno y nieta de Caos” (Behar, 2004, Pág. 2).

Este preámbulo permite ampliar el panorama sobre inhibición (del latín inhibiere, impedir, obstaculizar, reducir o disminuir), ya que la inhibición es considerada como una alteración de la evolución normal de las funciones corporales y un desequilibrio en la estructura psíquica del sujeto, donde los sentimientos de miedo, angustia, culpabilidad, inferioridad o de preferencia se hacen presentes. La inhibición frena, limita y obstaculiza el desarrollo en el yo ante la desprotección del objeto de amor.

El vacío emocional, remite a la falta básica, para una mejor comprensión de dicho vacío se hablarán de tres aspectos: (Behar, 2003, Pág. 5):

- a) El primer aspecto atiende a todos los hechos que ocurren.
- b) El segundo aspecto es exclusivamente un hecho de dos sujetos y es de una naturaleza particular, comprende las relaciones ya bien conocidas a nivel edípico.
- c)) El tercero es la naturaleza de la fuerza dinámica, es decir, la huella en el conflicto del lenguaje del adulto que establece de una manera equivocada, distorsionada, y por ultimo para descubrir los hechos de este nivel, donde las palabras no tienen una significación convencional, sino el significado que cada sujeto pueda y quiera darles.

La inhibición y el vacío traen consigo una dolorosa e inevitable experiencia de confrontación con la pérdida, situación que se puede expresar de la siguiente manera: “la pérdida procede a lo que se pierde, no hay nada anterior que no sea la pérdida misma; lo contrario sería engañarse con las apariencias del fantasma y el mito, la pérdida es el agujero traumático, es ante todo un vacío por la articulación significativa; razón por la cual al objeto al que se dirige el deseo, será siempre el objeto que se presenta como objeto deseado”. (Balint, 1993, Pág. 29).

La pérdida suele ser un espacio de confusión y angustia, es caer a un vacío; es un camino lleno de dolor, un daño donde no existe recuperación total, donde no hay un recuerdo porque se desarrolla una rabia y tristeza perturbante que enferma; donde las frases que expresan vacío, falta, insatisfacción, extrañeza sobre los objetos, nos hacen sentir falta de libertad y de sensación y obligan al Yo a cierta indiferencia y en ocasiones al desprecio, disgregación desunión entre el cuerpo, mente y emoción. (A través del uso de Mecanismos de defensa como son la negación, escisión, y anulación).

El miedo, forma también parte de este proceso; debido a la incompreensión de lo que está aconteciendo y parte de esta experiencia se descarga un nivel de inhibición. “De tal manera que se ama al otro no por lo que es sino por lo que encierra y lo que encierra es lo que considera que le falta” (Lacan, 1978, Pág. 742).

La inhibición, el vacío y la pérdida son elementos que aparecen junto con el nacimiento, envueltos y disfrazados con la angustia del nacimiento, no solo es una experiencia de muerte, es el prototipo de toda experiencia posterior.

“El nacimiento significa además de la anulación de un estado de seguridad y protección del que se disfrutaba en el vientre materno, cierto grado de sensación de peligro; es un proceso que lleva consigo determinadas consecuencias psíquicas. La angustia que el niño experimenta al nacer cuando pasa por el estrecho conducto materno adquiere un trauma, el que vive cada vez que se enfrenta a una nueva angustia, angustia que le acompaña toda la vida” (Aymat, 1977, Pág. 176).

La angustia es una clara manifestación del desequilibrio al que el yo se enfrenta a consecuencia de la pérdida de su objeto de amor. “ante la muerte se desarrolla la angustia, pues el miedo a la muerte que surge en la melancolía se explica únicamente suponiendo que el yo se abandona a sí mismo, porque en lugar de ser amado por el superyo, se siente perseguido y odiado por él. Vivir equivale para el yo el ser amado por el superyo, que aparece también como representante del ello, ya que el superyo ejerce la misma función protectora y salvadora que antes las figuras paternas otorgaban” (Caruso, 2007, Pág. 75).

Cuando el yo se ve amenazado por la angustia debido a que ha sufrido una pérdida, se siente en un grave peligro del que no cree poder salvarse con sus propios medios, y es posible que se vaya abandonando de todos los poderes protectores y se vaya dejando morir, a este proceso se le conoce como duelo patológico; entonces el principio del placer, es decir, el ello, se encuentra claramente bajo el dominio y el mando del instinto de muerte, mudo y con cierto poder, mediante el cual busca obtener la paz acallando, cediendo a las indicaciones del principio del placer. La angustia de muerte, que domina más a menudo de lo que pensamos, en la mayoría de las veces proviene de una consciencia de culpa, dónde el yo se resigna, porque se siente odiado y perseguido por el superyo, puesto que el vivir tiene para el yo el mismo significado que ser amado, y ser amado representa el rompimiento de lazo hacia el ello.

El yo se angustia por la separación, pero también se defiende contra la angustia, situación que no es fácil para el Yo, pues en estas circunstancias el Yo se encuentra en una postura de “no vivo, me limito a existir” (Moody, 2002, Pág. 115), lo cual sin duda es parte de toda una reestructura psíquica que le implica un trabajo de duelo.

3.3 EL DUELO COMO RESULTADO DE UNA PÉRDIDA

Los conceptos de pérdida y muerte, siempre irán acompañados de un proceso de duelo, en algunas ocasiones las personas prefieren no hablar ni pensar en ello, ya que el perder algo amado como un familiar, amigo, o bien un miembro físico o una función orgánica, resulta muy amenazante; es por eso que Freud opinó que “cada uno de nosotros está convencido de su inmortalidad” (Freud, 1912/2001, Pág. 290), ello está dado como una forma de defensa ante la situación amenazante cuando se enfrenta una pérdida dolorosa.

El duelo es considerado como un periodo que requiere de cierto tiempo para poder ser superado; sin embargo, depende de la estructura de personalidad de cada sujeto para que esto se lleve a cabo en buenos términos o bien termine por instalarse lo que se conoce como un duelo patológico. El concepto clásico psicoanalítico sobre el duelo postulado por Freud (1912), hace referencia a la “pérdida del objeto amado, incluyéndose como pérdidas objetales tanto de la muerte de un ser querido, como la ruptura sentimental o la pérdida de cualquier objeto o acontecimiento al que se haya depositado cierto grado de energía libidinal. (Freud, 1912/2001, Pág. 290). Este mismo autor establece la diferencia entre aflicción y melancolía, al señalar que:

“El afligido cumple el duelo, al negociar con la realidad, admitir la irreversible desaparición del objeto amado y liberar el deseo para buscar nuevos objetos de amor. En el caso de la melancolía rechaza la idea de la pérdida del objeto y prefiere la identificación con el objeto y retirar su deseo del mundo” (Freud, 1912/2001, Pág. 290).

El duelo, tiene lugar tras cualquier clase de pérdida, ello envuelve no solo un sentimiento único sino más bien una compleja sucesión de sentimientos que precisan de cierto tiempo para ser resueltos. El que se resuelvan en determinado tiempo, favorable o desfavorablemente es variable en función de cómo cada sujeto construye o da sentido a lo que sucede, para ello también interfiere estructura psicológica de cada ser.

Desde la teoría psicoanalítica, el duelo se produce por la pérdida de algo que se ha amado, es decir, es el resultado del aniquilamiento de un objeto al que se le ha depositado un grado de energía libidinal, parece ser algo tan natural que se le considera obvio, sin embargo, el duelo es un enigma. El yo se aferra a sus objetos y la libido se niega a recanalizar su energía a otro objeto, aunque el sustituto este aguardando; ambas condiciones ambicionan ser trabajadas durante un periodo en donde la energía sea recanalizada y el yo nuevamente elija un objeto de amor, esto es lo que generalmente es denominado como proceso de duelo.

3.3.2 CONFLICTO ENTRE EL SUJETO Y EL OBJETO PERDIDO

El duelo es un proceso natural, se utiliza siempre que se pierde un objeto de amor, llámese persona, miembro físico, función orgánica, espacio habitacional, etc. El hombre necesita comprender y aceptar los sentimientos y su proceso psíquico con respecto a la Pérdida de su objeto amado, requiere incorporar la creencia de que es un proceso natural en una vida y su significado tiene que ver más con renovación e inicio que con final o castigo.

Con respecto al proceso de duelo se podría agregar que quien está de duelo deberá de cubrir tres características: la primera hacer referencia al aniquilamiento del objeto, aquello que ya no está; la segunda señala la pérdida como tal y la tercera es el reconocimiento de la pérdida real o literal, y la comprensión de que no solo se pierde al objeto como tal sino que junto con ello se pierde una parte de si mismo. “el yo fue troquelado por la imagen ideal ausente, pero hasta cierto punto, la libido debe separarse de la imagen ideal para ofrecer al yo nuevos ideales”. (Caruso, 2007, Pág. 112).

De este modo el proceso de transformación afecta tanto a las imágenes del mundo interno, como la imagen del objeto que se debe de abandonar.

La escena de vivir esta constituida por la vivencia de la pérdida de lo amado o por la vivencia de la muerte en si, esto se traduce en la dolorosa misión con que se nace; la vida es un continuo abandono y un incesante adquirir, es renunciar y adoptar; es el nacer y vivir; vivir y nacer; es finalmente un círculo donde se nace muriendo o bien perdiendo algo. Cuando un ser humano se enfrenta a una pérdida significativa, el yo experimenta ira, enojo, temor, confusión; dichos sentimientos concluirán cuando el yo se permite elegir otro objeto para amar.

3.3.3 EL YO FRENTE AL OBJETO ANIQUILADO

Se dice que un ser humano debe de tener la capacidad de aprender a vivir con la pérdida o con la muerte ya que ésta es parte de vida. El sujeto que esta de duelo se puede ubicar en un punto incomprensible, él sabe y no sabe lo que está pasando; este enunciado paradójico permite al Yo manifestar su parte consciente y desconoce la esencia de lo perdido como tal. a este acontecimiento del yo Freud, lo llamó escisión del Yo; Mecanismo que es utilizado con otros mecanismos de defensa afines para defender a la persona del intenso dolor que le podría provocar la pérdida. Dicha escisión debe de ser solo parte del proceso de duelo y no convertirse en un continuo en el

comportamiento humano debido a que ello provocaría que los duelos no fueran superados, convirtiendo esto en un duelo patológico o no resuelto, el cual implicaría quitarle fuerza y vida a un sujeto. Cabe mencionar que la manera en que el trabajo de duelo se vea favorecido u obstaculizado tiene una relación directa con la fuerza madurativa que la persona ha adquirido en su infancia. “el yo que ha sufrido una pérdida, debe darle muerte a la imagen del objeto de amor” (Caruso, 2007, Pág. 66).

Sin duda el perder algo valioso o amado como a una persona significativa, un miembro físico o una función orgánica etc; nos remitirá es una sensación de descontento y un desequilibrio en la estructura yóica, lo cual nos remite obligadamente al concepto de elaboración de duelo, el cual está íntimamente relacionado con la concepción del proceso psíquico, que consiste en conexión de huellas mnémicas registradas en la infancia, de tal manera que el yo es también obligado a una regresión amenazante con el fin de que la muerte no sea absoluta, de manera inmediata y en este momento de duelo los llamados mecanismos de defensa se tendrán que poner en acción con la finalidad de defender el Yo del ese intenso dolor emocional.

En el capítulo de “Duelo Y Melancolía” escrito por Freud, (1912/2001), se introdujo el término de duelo para referirse “a un afecto normal que se presenta en los sujetos como reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción” (Pág. 241).

El duelo carga consigo diversas desviaciones de la conducta normal en la vida; por tal situación se considera que es un estado temporal. En este sentido el duelo no solo representa la pérdida de un ser querido, sino también el sujeto intenta descubrir que es lo que se pierde con el objeto aniquilado. Este significa la parte subjetiva del duelo.

La pérdida de un objeto se traslada también a una pérdida del yo, es decir, a la pérdida de una parte del si mismo, y el conflicto entre el yo y el objeto amado se conjugan entre el yo crítico y el yo alterado por la identificación con el objeto perdido. “El perder permite fortalecer al yo porque su impulso de vida buscará otros objetos, de tal manera que el duelo trae consigo no solo una pérdida, si no junto con ella el Yo intenta subir un escalón en el proceso de la personalidad progresiva” (Allouch, 2001, Pág. 307).

El trabajo de duelo consiste en desanudar una a una las expectativas, que se poseía con respecto al objeto amado, otra parte del trabajo de duelo, es la intensificación de los recuerdos, elementos que hace más complicada la elaboración del mismo, puesto que las expectativas quedan abiertas. Conjuntamente el desgrane produce un trauma, que en el sentido estricto corresponde a una ruptura de las cadenas o conexiones asociativas, ciertos rituales sociales y/o culturales cumplen un papel fundamental que ayuda a la elaboración de la pérdida, junto por supuesto con la madurez emocional del individuo, los seres queridos y significativos que ayuden en este proceso, y todas aquellas situaciones que cumplan el papel de acompañamiento pueden ayudar a que se elabore de manera más satisfactoria el trauma por la pérdida.

3.3.4 RESIGNACIÓN DEL SUJETO FRENTE AL OBJETO PERDIDO

El duelo no es algo que siga pautas universales, pero si es un proceso que se encuentra vinculado con la sociedad y la cultura y por supuesto también esta vinculado con la historia infantil de cada individuo; es por ello que Freud opinaba al respecto que el “ser sujeto implica construir significados y conlleva a un esfuerzo activo para interpretar la experiencia y dar sentido a los acontecimientos que lo rodean, es especialmente relevante en los casos de pérdidas encontrar un significado a lo que sucede” (Álvarez, 1994, Pág. 140); esto se convierte en una tarea difícil, ya que lo que se ha construido en el sujeto es el soporte a su castración, aquella que el sujeto experimentó en su

etapa edípica, donde se vio obligado a abandonar su primer objeto de amor (madre) e identificarse con el padre; esta etapa y el nacimiento son el cimiento de su estructura psíquica ante la serie de fracturas que requiere experimentar a lo largo de su vida; también estas etapas darán la pauta en el como un sujeto tiende a resolver cada pérdida y deja fluir el impulso de vida (Eros).

El duelo es la reacción frente a una pérdida real del objeto de amor; la pérdida del objeto de amor es una ocasión privilegiada para que sobresalga a la luz la ambivalencia de los vínculos amorosos.

Los vínculos afectivos, la insoportable intensidad del duelo, la inclinación a deslindar la vida de la muerte, y el temor, son elementos que representan para el ser humano un costal de renunciaciones y exclusiones en el transcurso de la vida, dichos factores son actuaciones que buscan no querer vivir el duelo, o bien no procesar el trabajo de duelo adecuadamente, impidiendo desprenderse del objeto que se ha elegido amar y evitando la oportunidad de otra elección de objeto. Sin duda alguna la continuidad de la vida por un objeto amado que ha sido aniquilado evoca al yo una tortura, un vacío alargado; ante el cual no existe una compensación mediante la unión dual y mucho menos una satisfacción.

El duelo normal vence sin duda la pérdida del objeto; sin embargo, mientras persiste el dolor, la angustia, el miedo, la desesperación, enojo etc estas sensaciones absorberán de igual modo todas las energías del Yo; la realidad pronuncia la llegada de la resolución, es decir, el objeto ya no existe más; y el yo está a la expectativa de su destino, deja de transportar el vínculo con el objeto perdido (por la suma de satisfacciones narcisistas que le otorgan estar con vida), desatando su enlace con el objeto aniquilado. Es importante recordar que el deslindarse del objeto amado es un proceso lento. El aceptar la muerte dará al individuo una continuidad por la vida, la renuncia al objeto amado perdido se traducirá en la recompensa de mantener vivo al Yo, ya que la retirada de energía libidinal que era dirigida hacia en objeto de amor perdido, ahora es

parte también de una reestructuración que requiere ser revalorada, el Yo se ve obligado a aceptar la pérdida de su objeto amado si desea seguir con vida puesto que “ la separación de una persona cuyo valor imprimió en forma indeleble la representación ideal, puede por vías indirectas, enriquecer al Yo al ser separado” (Álvarez, 1994, Pág, 248); aceptar la ausencia significa quererse a sí mismo, el no aceptarla significaría entonces el dejarse morir.

La aceptación de la aniquilación del objeto de amor, lleva al yo a una resignación que le permite observarse como perdedor y víctima, donde el sufrimiento se hace presente debido a su apego interno con el objeto aniquilado. En el trabajo sobre duelo y melancolía, Freud sustenta que el objetivo del duelo como un proceso de separación es que los sentimientos y apegos del objeto perdido se conjugan entre si; y en un trabajo de duelo adecuado el Yo queda liberado de sus antiguos apegos, es decir, la energía libidinal regresa al Yo nuevamente para disponer y vincularse con otro objeto que pueda convertirse en objeto de amor, que el yo pueda nuevamente catectizar. Sin embargo, el duelo no se limita a otorgarle una existencia al objeto perdido, sino que también llega a enseñar a un sujeto a amar y valorar a un nuevo objeto de manera que, el nuevo objeto de amor es planteado como reemplazo, esto se logra gracias al uso del mecanismo de defensa del desplazamiento, que dirige la energía libidinal al nuevo objeto. Los mecanismos de defensa sin duda, sirven al individuo que esta pasando por un proceso de duelo como un caparazón, mientras el Yo ofrece resignación ante el objeto que ha sido aniquilado.

3.3.5 MECANISMOS DE DEFENSA COMO CAPARAZON DEL YO

Cuando un individuo sufre la pérdida de su objeto de amor, el yo se someterá a un proceso de equilibrio, y es precisamente en dicho proceso donde el yo buscará cumplir el objetivo de darle nuevamente equilibrio a la personalidad del sujeto; para ello el sujeto recurrirá a diversos métodos, con la finalidad de evitar

la sensación de angustia, peligro, y el displacer en general; a estos métodos se le designa con el nombre de mecanismos de defensa. Los mecanismos de defensa sirven como mediadores entre las instancias del aparato psíquico, debido a que el conflicto entre las instancias es inevitable ya que las causas de las demandas opuestas o provenientes son tanto del medio exterior como del mundo instintivo.

Los mecanismos de defensa le procuran al yo en cierta forma un proceso de duelo más aligerado, donde el Yo puede expresarse mediante elementos que le brinden realidades disfrazadas, capaces de proporcionarle al yo resguardarlo para continuar con vida. En la medida en que los mecanismos de defensa se esfuerzan por reprimir o por evitar los conflictos, es el parámetro que dará pauta a actuar en pro o en contra de las demandas instintivas y de las exigencias del mundo exterior; ya que depende de la frecuencia y del tipo de mecanismo de defensa que el sujeto utilice para intentar aligerar su duelo, es decir cuando un mecanismo de defensa es utilizado de manera excesiva o exagerada pierde su función de defensa en si porque aleja al sujeto de la realidad lo que le impedirá elaborar su duelo asertivamente.

En este proceso las demandas inconscientes del sujeto suelen tener un toque de ambivalencia, al mismo tiempo suelen servir a Eros y a Tanatos, a las demandas individuales y a las sociales, al Ello y al superyo, pero todo esto siempre en compromiso del yo.

La defensa y la lucha son modalidades del intercambio entre el yo y lo que se ha perdido, en este trance es la identificación la mas significativa de estos mecanismos de defensa; quizás también sería válido afirmar que “los mecanismos de defensa son funciones de lo vivo” pueden ser llamados mecanismos de intercambio” (Caruso, 2003, Pág. 26). Los mecanismos de defensa son elementos que obedecen a la compulsión, a la repetición, a la tendencia de lo vivo, es decir, a subsistir. La vida del sujeto en un proceso de

duelo es en cierta forma ambivalente, se observan actos de simpatía y de rechazo, es ahí donde los mecanismos de defensa realizan su trabajo ya que su función es equilibrar precisamente esta polaridad. Negar algo cuando se hace juicio de la realidad, lo que significa es “eso es algo que yo preferiría reprimir, porque resulta muy amenazante para mi integridad psicológica”. La negación le permite al pensamiento liberarse de restricciones de la representación y toma los contenidos más importantes para su curso. La función de juicio proporciona o niega una propiedad a una cosa y requiere aceptar o rechazar la existencia de una representación real para defender precisamente la integridad yoica.

La proyección es otro de los mecanismos de defensa que refiere a la atribución inconsciente del Yo, al otro o a los otros, donde ciertas características del objeto aniquilado serán atribuidas a otro objeto similar totalmente diferente, aunque en realidad pertenecen al mismo Yo, ésta defensa reduce la ansiedad colocando su fuente en el exterior, haciéndola mas fácil de manejar. Además “el mecanismo de defensa de la proyección permite al yo defenderse en forma agresiva en contra de los otros y por consiguiente expresar de forma indirecta sus impulsos” (Engler, 1999, Pág. 56).

Es posible que en un proceso de duelo un sujeto pueda mostrarse no solo ajeno a lo sucedido, sino también recurrir a un retroceso en el tiempo, a una etapa en la que la ansiedad y el temor eran nulos, cuando el objeto de amor estaba presente y posiblemente cuando la relación entre el yo y el objeto ahora aniquilado era más estrecha y compacta entre ambos. Aunque es posible que después de una regresión, de un repertorio de constantes recuerdos del objeto que ya no está presente, se llegue a la racionalización dónde se implica una parte lógica, intelectual, racional, obvia y reflexiva con respecto a la situación de la pérdida, que embarga al Yo; a esto se le ha atribuido un grado de racionalización defectuosa, en virtud de que la situación de pérdida a la que el Yo se enfrenta permanece sin resolverse que en interior del yo.

Otro modelo de mecanismo de defensa es la identificación, es este caso la conducta se maneja hacia el exterior con respecto al objeto aniquilado, el yo asume características de un modo que parece ser una de las estrategias más exitosas, y que producen una mayor satisfacción en relación a las necesidades que el Yo requiere en el transcurso de su pérdida; la identificación se puede dar tanto en forma positiva como negativa, la primera permite que el Yo se vea favorecido y que su desarrollo por dicha pérdida se facilite, en el caso contrario, es decir en forma negativa, la identificación con el objeto perdido puede proporcionar una muerte física y psíquica al propio yo.

Si no se llega a encontrar un objeto que proporcione una satisfacción al yo, el impulso cambiará su rumbo hacia otro objeto, situación que se percibe como un desplazamiento, de tal manera que el yo busca trasladar su dolor hacia un objeto demoliendo su estructura. Ya que en el inconsciente se tendrá el deseo de desaparecer aquello que lo está haciendo sufrir.

Hablando de mecanismos de defensa se sabe que parte del trabajo del yo es el de sublimar el dolor, la tristeza, desesperación, angustia etc; que vive un individuo que ha perdido a su objeto de amor; en este proceso es posible que existan pulsiones agresivas dirigidas al superyo, debido a esta situación, es decir, la libido se ha convertido en su enemiga y expondrá al Yo al peligro del maltrato y de la muerte. Uno de los destinos de la pulsión, (considerada la más sobresaliente) es la sublimación, proceso en el que el objeto y la meta son desviados de la manera que la pulsión original encuentra su satisfacción en un grado menos sexual pero que además es avalada y juzgada satisfactoriamente por la sociedad; esto indica que la sublimación es el disfraz que permite al yo encontrar su placer y satisfacción en algo que es aceptado social y culturalmente. “La sublimación puede reemplazarse mutuamente, transferir su investidura libidinal de modo que momentos de satisfacción de una pulsión podría ser cubierta por otra” (Engler, 1999, Pág. 91).

Otro de los mecanismos de defensa que suele ser utilizado por el yo, con la intención de lograr el equilibrio yoico es el mecanismo conocido como formación reactiva, la formación reactiva es descrita por Laplanche, (1993), de la siguiente manera:

“Actitud o hábito psicológico de sentido opuesto a un deseo reprimido y que se ha constituido como reacción contra éste (por ejemplo, pudor que se opone a tendencias exhibicionistas). En términos económicos, la formación reactiva es una contracatexis de un elemento consciente, de fuerza igual y dirección opuesta a la catexis inconsciente.

Las formaciones reactivas pueden ser muy localizadas y manifestarse por un comportamiento particular, o generalizadas hasta constituir rasgos de carácter más o menos integrados en el conjunto de la personalidad.

Desde el punto de vista clínico, las formaciones reactivas pueden adquirir valor de síntoma por lo que representan de rígido, de forzado, de compulsivo, por sus fracasos accidentales, y por el hecho de que a veces conducen directamente a un resultado opuesto al que conscientemente se busca” (Laplanche y cols. 1993, Pág. 162).

En ocasiones suelen expresarse estos impulsos tan indirectamente que, el origen del impulso mismo suele ser totalmente opuesto a la conducta que manifiesta el sujeto que esta pasando por un proceso de duelo, esto está dado gracias al uso del mecanismo de defensa conocido como formación reactiva. Cuando el Yo ha perdido a su objeto de amor y el sujeto utiliza el mecanismo de la formación reactiva, esto hará que su dolor no sea expresado en forma directa, se puede mostrar quizá ajeno al acontecimiento o a su dolor, tristeza, miedo y convertirlo en risa o un sentimientos de invisibilidad; en ocasiones esta expresión parece ser demasiado exagerada y sorprendente para quienes rodean el contexto actual del yo que ha perdido a su objeto de amor.

“El mecanismo de defensa conocido como formación reactiva es otra opción que utiliza el Yo para protegerse ante el dolor del duelo, es una expresión mediante la cual un impulso por lo opuesto, es generalmente la sustitución que suele ser exagerada haciendo por consiguiente que se cuestione la autenticidad del sentimiento” (Engler, 1999, Pág. 57).

Finalmente los mecanismos de defensa no son elementos de una postura negativa, son componentes capaces de proporcionar impulsos de vida para conducir el proceso de duelo de forma más contundente; son herramientas que el sujeto necesita y que utiliza como escudo para proteger al Yo de un desequilibrio intrascendente, estas pequeñas estructuras acompañan al sujeto a lo largo de toda su vida.

3.5 PROCESO PSÍQUICO DEL DUELO

El duelo es una reacción frente a la pérdida de algo que se considera importante y a la que se le ha depositado un grado considerable de energía libidinal, señalándolo de esta forma como un objeto de amor, es decir, cuando se pierde aquello que se ama con pasión y se cree poseer, sobrevienen una serie de sentimientos de dolor y de vacío por la inesperada e inevitable pérdida de aquello que se dice amar, proceso donde se experimentan reacciones sociales, físicas y por supuesto psicológicas también, es decir la aglomeración de emociones que deben ser entendidas como el intento de dar significado al estado psíquico.

Procesar un duelo no es tarea fácil, se requiere de un tiempo considerable y un intenso nivel de energía psíquica, que responda a un mandato de la realidad, y comprender por más doloroso que ello resulte que el objeto amado ya no existe, de tal manera que el Yo se ve obligado a romper con la continuidad de su energía libidinal emitida al objeto y así asumir la pérdida. El duelo es a la vez un

verdadero reto, pues cuando un sujeto sufre de una pérdida, no solo debe de acostumbrarse a lidiar con la idea de que su objeto de amor ya no está presente, sino que además deberá hacer cambios en los diferentes ámbitos de su vida cotidiana. Inclusive socialmente existen ciertas costumbres (según sea la sociedad en la que se viva), es muy común que dichas costumbres vayan acompañadas de un acontecimiento denominado luto, el trabajo psicológico del luto es ayudar a un sujeto a procesar un duelo.

“El yo necesita tiempo para que el grado de libido que fue canalizada hacia el objeto de amor vaya disminuyendo de forma lenta y pausada; para que se de asertivamente dicho trabajo se tendrá que renunciar a tan apreciado objeto, arrancándolo e ignorándolo ofreciéndole así como premio el permanecer con vida” (Hanus, 1976, Pág. 5).

Cuando un individuo ha vivido una pérdida significativa es importante situarnos en el tiempo en que esto pasó, por ejemplo si la pérdida es cosa del pasado se podría considerar como una gran lección, en siendo en el presente un aprendizaje y el futuro se podría vislumbrar como la reconstrucción de un planteamiento psíquico. “El duelo no es reemplazar al muerto, no se trata de una separación del muerto sino de un cambio en la relación con el” (Macías, 2002, Pág. 94).

En el momento en que el sujeto cree poseer algo por simple percepción, en ese mismo instante la relación con lo percibido resulta cuestionada; cuando un individuo cree poseer a un objeto en ese momento dicho objeto es catectizado y investido, ahora es parte de la libido flotante que fue liberada en su retirada; sin embargo, la libido en su retirada insegura ya de su posesión (catexis) regresa hacia el propio yo, no encontrando satisfacción alguna porque también el Yo es Yo para la muerte, solo queda un Yo sin ser Yo, un ente vacío porque está desestructurado, está fragmentado e incompleto. En este caso el Yo es aceptado como parte débil, con una parte muerta, como un Yo vacío que depositó todo en la identificación, esto se viene a fortalecer con la indiferencia

que es considerada como la disminución del Yo, es el debilitamiento del Yo por la desidentificación e inflación correlativa del narcisismo, pero que finalmente es percibido como una reestructuración por la propia identificación.

El duelo puede llevar a un individuo a tener la vivencia de la muerte en la consciencia, provocada por la separación de un objeto amado al que se le depositó un grado elevado de energía libidinal y que busca ser recanalizada, siendo esta la meta final para la nueva reestructuración psíquica y un equilibrio Yoico. El trabajo del duelo implica la pérdida de algo valorado sin que esto excluya la ambivalencia que llega a experimentar un individuo frente a una pérdida.

3.5.1 ABANDONO LIBIDINAL HACIA EL OBJETO AMADO

Respecto a la teoría psicoanalítica, la palabra duelo remite a una situación de abandono, a una suspensión en la continuidad de la energía libidinal hacia el objeto amado, proceso por el cual se supera la aflicción provocada por la pérdida, denominándolo de la siguiente manera: elaboración de duelo a lo que es igual trabajo de duelo. Vivir presupone necesariamente recorrer un camino de duelos, entendimiento a dicha experiencia, sobretodo una consiguiente elaboración y finalmente una aceptación a la inasistencia de lo que se ha amado y ahora se ha perdido. Las actitudes particularidades y relaciones que acompañan la causa de acontecimientos vividos en distintos aspectos trascienden en el desarrollo del individuo; desencadenando en el proceso de pérdidas que no siempre suelen ser bien elaborados, situación que da lugar al surgimiento de numerosos trastornos psíquicos.

Las diversas maneras en que se pierde el objeto de amor y la forma en como el Yo recanaliza nuevamente la energía libidinal es atribuida en gran medida al tipo de vinculación, identificación y nivel de relación que se dio con el primer objeto de amor, es decir con la madre, a través del pecho materno, esta

situación define el grado de perturbación y posteriormente la reestructuración con la relación predominante de la fase oral o bien, la amenaza de que no se logre una adecuada elaboración, para ello se depende en gran medida de los menoscabos de su desarrollo, (especialmente porque la figura que se ha separado de él es experimentada como una pérdida de su identidad).

Al respecto de duelo Freud, expresa lo siguiente “si tu quieres soportar la vida prepárate para la muerte” (2001) La aceptación de la muerte es necesaria para que haya vida. La afirmación de que “morir es una forma de vida y vivir es una forma de muerte” (Freud, 2001, Pág, 301). Sin embargo, este proceso requiere de ejercicio de maduración y crecimiento para estar a la altura de estímulos que impulsan a la maduración del desarrollo y para lograrlo se necesita de una dosis flotante de libido que busque nuevos objetos; en ocasiones podría tratarse de un sustituto donde el caso de desplazamiento es un elemento no despreciable debido a que se mata realmente cuando ya se le tiene un sustituto al muerto.

3.5.2 REGRESION DE LA LIBIDO AL YO

El duelo es una manifestación del sujeto contrariado que, ante la pérdida no quiere soltar su objeto de amor (o bien, algo del pasado que brindó placer y satisfacción al Yo), y lucha por aferrarse a ello. Esta idea va a permitir una reconceptualización más amplia de las relaciones de objeto después de la pérdida. De manera que la frase popular de que lo que no te mata te hace más fuerte es un claro ejemplo de la aferración, resistencia, negación y miedo que el sujeto experimenta ante una pérdida irrecuperable. Klein (1990), Sustenta que:

“El duelo es un proceso de reparación, en el sentido que es más que un simple restablecimiento del estado previo del equilibrio del Yo. Cuando se supera una pérdida, se enriquece la estructura psíquica al ganar una mayor experiencia para apreciar a otros sujetos y a otros acontecimientos del suceder de la vida”.(Pág. 125).

En esta versión se produce una profundización de la relación del sujeto con sus objetos internos, en la que ésta percibe un aumento de confianza y un mayor aprecio en esos objetos, de manera que se conservan y han demostrado ser buenos y útiles después de todo.

El trabajo de duelo constituye una reacción psíquica normal frente a una situación ocurrida al sujeto, de tal manera que todos los sujetos que experimentan un duelo muestran una serie de síntomas característicos los cuales se retomarán más adelante. Los síntomas característicos de un proceso de duelo permiten procesar la elaboración del acontecimiento mediante un conjunto de etapas. No obstante en ocasiones se presentan dificultades que frenan el proceso, pero que pueden ser superadas con las indicaciones y el apoyo adecuados. “La muerte y toda pérdida significativa en general, rompe con la continuidad de las actividades de la vida; en este sentido, el proceso duelo puede entenderse como un intento por restablecer dicha continuidad” (Poch, Herrero, 2003, Pág. 58).

Mediante el trabajo de duelo se busca que el sujeto acepte la pérdida, es decir, que el Yo encuentre nuevamente su equilibrio readaptándose a la nueva realidad en ausencia del objeto que ha sido aniquilado.

“Se podría considerar que existen buenas razones para pensar que el niño que mama del pecho de su madre bien podría ser el prototipo de toda relación de amor, por lo tanto en la misma medida la búsqueda por el encuentro de un objeto que ha sido aniquilado, es en realidad un reencuentro en el objeto” (Balint, 1993, Pág. 50).

La libido o la energía de amor al principio del desarrollo psicosexual de un individuo es dirigida hacia el propio Yo, y durante el transcurso se encarga de incorporar objetos, objetos que son destruidos en el peor de los casos, cuando estos objetos se han perdido la capacidad de amar queda libre, y el mismo Yo puede tomar elementos sustitutos o regresar en cierto momento al propio Yo.

3.5.3 CARACTERÍSTICAS DEL DUELO

Existen ciertas características esperables que un sujeto que experimenta un duelo puede llegar a presentar, ya que cuando se vive una pérdida de un objeto importante ello conduce a una desviación de la conducta habitual, es decir, el Yo procede de manera diferente ante los acontecimientos que enfrenta después de la pérdida; siendo dichas características el resultado de un desequilibrio en la estructura psíquica; la pérdida de interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad para elegir un nuevo objeto amoroso y por último, el apartamiento de toda energía libidinal hacia el objeto perdido pero también a la parte Yoica que continuamente buscará retener su objeto de amor; son los elementos primordiales que dibujan el panorama denominado duelo. La reacción frente a la pérdida de un objeto de amor contiene un idéntico reflejo del dolor, la pérdida del interés en el mundo exterior, se debe a que reside una inhibición en el sujeto y cierto debilitamiento Yoico.

“El análisis de la realidad permite al sujeto revelar el aniquilamiento del objeto amado, y la renuncia al mismo demanda abandonar una posición libidinal; su intensidad puede alcanzar un desconocimiento ante la realidad y un intento de retención del objeto por vía de una psicosis alucinatoria de deseo; por lo tanto, lo recomendable es que se mantenga en la prevalencia ante la realidad, al sujeto que ha vivido una pérdida, esto sin duda requiere de un periodo de tiempo para ejecutarse” (Caruso, 2007, Pág. 28).

Cuando un sujeto esta atravesando un proceso de duelo, en su esencia descarga no solo la ambivalencia ante el objeto aniquilado, sino también existe una desmotivación hacia el mundo exterior, desmotivación que se manifiesta de la siguiente manera

- a) Pérdida de interés por el mundo exterior. La pérdida de interés por el mundo exterior se manifiesta debido al propio proceso de duelo que envuelve al Yo evitando que los recursos fluyan; ante tales constataciones el Yo se vuelve

más que desconfiado, existe una indiferencia ante lo que sucede en su entorno. Existe un sentimiento de impotencia para controlar los acontecimientos de la vida, este periodo es de vulnerabilidad, perplejidad y confusión, negación e incredulidad, y protesta. La depresión que acompaña a esta etapa de duelo es también en gran medida la causante de la falta de energía y la fatiga de un sujeto. También el deterioro orgánico se manifiesta en este proceso de reparación a través de las enfermedades psicosomáticas.

Los recuerdos, de actos especiales o momentos que fueron trascendentes y sellaron el acontecimiento entre el Yo y el objeto amado son elementos que el Yo asumirá durante el proceso de duelo.

b) Pérdida de la capacidad de amar. Existe un desinterés del Yo para enviar nuevamente energía libidinal a otros objetos, la capacidad de enviar energía es nula, en este sentido el amar a otro objeto y depositarle energía libidinal equivaldría reemplazar a aquel objeto perdido; lo cual habla de un grado aceptable de recuperación psíquica.” El Yo en su pérdida, con su resistencia se niega a amar nuevamente, sin embargo el deseo de seguir con vida le exige reemplazar aquel objeto cuyo amor le entregó.

c) Pérdida de la capacidad para elegir un nuevo objeto amoroso. Cuando el objeto amado ya no está presente, este hecho incita a quietar toda libido de sus enlaces con el objeto aniquilado, sin embargo, parece ser que dicha energía es cancelada para todos los objetos que rodean al Yo. Esta renuncia puede alcanzar una profunda intensidad y por consecuencia engendrar un extrañamiento de la realidad y una retención del objeto perdido por vía de una psicosis alucinatorias de deseo. Lo recomendable es que prevalezca el contacto con la realidad evitando en lo posible las distorsiones o bien hasta la fuga de la realidad. Como ya se sabe el procesar una pérdida es cuestión de tiempo y este proceso somete al sujeto

a un desgaste de energía. Cada uno de los recuerdos hacia el objeto perdido son clausurados, sobre investidos y en ello se cumple el abandono de la libido; de tal manera que cumplido el trabajo de duelo el Yo se vuelve nuevamente libre y desinhibido.

d) Inhibición de toda productividad. La inhibición de la productividad de un sujeto son muestras de que en el proceso para superar una pérdida el sujeto se entrega incondicionalmente al duelo, que nada deja para otros propósitos ni otros intereses.

“la muerte solo puede ser combatida por la vida, pero la multiplicación de la vida por sí misma es lo único que implica una esperanza, ello dará origen por sí mismo a nuevos acontecimientos en el suceder de la vida, el trascenderse a sí misma, la muerte, por lo contrario actúa como aniquiladora, no puede producir nuevas etapas de sí misma puesto que es el conducto limitante y represor de la vida misma” (Caruso, 2007, Pág. 28).

e) La inhibición encierra una serie de limitantes, ya que es importante recordar que el Yo se percibe incompleto por tal motivo no cuenta con los elementos requeridos y la producción es invalidada ante cualquier situación.

“Cuando una persona está pasando por un proceso de duelo y renuncia a todo lo perdido, se ha devorado también a sí mismo, y entonces nuestra libido queda de nuevo libre para sustituir al objeto de amor perdido por otros que sean en lo posible, tanto o más apreciables” (Caruso, 2003, Pág. 29).

Es decir, lo que los autores insisten en hacer claro es que el renunciar al objeto perdido, con apego a la realidad es quizá un elemento detonante para descubrir y cuantificar la superación del proceso de duelo.

3.5.4 EL TRABAJO DEL DUELO

El trabajo de duelo constituye una reacción desde la estructura psíquica de cada sujeto. Los sujetos perturbados muestran una serie de síntomas característicos, y para lograr la elaboración siguen un conjunto de etapas. No obstante en ocasiones se presentan dificultades que hacen el proceso más lento ó en el peor de los casos frenan el trabajo; se considera que el duelo podría ser superado siempre y cuando se cuente con las condiciones adecuadas, los recursos psicológicos suficientes y el apoyo emocional indicado. Varios autores han definido el concepto de duelo, uno de ellos fue Freud en su obra *Duelo y melancolía* y lo define de la siguiente manera “reacción frente pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga su veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc.” (Freud, 1923/2001, Pág. 241). Otra definición es la que nos ofrece el manual *Diagnostico y Estadístico de los trastornos mentales DSM IV TR* y define al proceso de duelo como:

“Tras la pérdida de un ser querido, los síntomas depresivos deben atribuirse a un duelo y no a un episodio depresivo mayor, incluso si son de número y duración suficientes para cumplir los criterios para un episodio depresivo mayor, y al no ser que persistan durante más de 2 meses o incluyan un deterioro funcional importante, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor. Hay que señalar que los períodos de tristeza son aspectos inherentes de la experiencia humana”. (DSM IV.- TR, Pág. 332).

El duelo es un proceso que presenta todo sujeto en situaciones traumáticas, mediante el trabajo de duelo se busca que el sujeto acate la pérdida readaptándose a la nueva realidad de la ausencia del objeto amado, es decir, que la energía libidinal sea nuevamente canalizada a un objeto que brinde al Yo lo que él le pida, aquello que le permita cubrir la falta, un objeto que se convierta en objeto de amor y sea capaz de cubrir todas las necesidades que el Yo demande.

A partir de diferentes estudios se ha encontrado que en el trabajo de duelo el sujeto experimenta una serie de situaciones, por el intento de enfrentar y elaborar la situación traumática al que el Yo está siendo sometido. No obstante, el orden de estas etapas no es rígido, de tal forma que el sujeto podría omitir o repetir una y otra vez alguna etapa que el requerirá para elaborar asertivamente su duelo, de lo contrario se corre el riesgo de pasar a una etapa de melancolía. Dar inicio a un proceso de duelo requiere enfrentar la pérdida del objeto que ha sido amado. Cuando el trabajo de duelo no se lleva a cabo adecuadamente, este se transforma en una patología dando lugar a lo que Freud denominó melancolía. En el duelo, el trabajo de resolver la pérdida implica un proceso para lograr encontrar la estabilidad yoica; en tal proceso la conglomeración de sentimientos y emociones buscarán dar significado a la experiencia, porque el sujeto se ve obligado a afrontar dichas emociones. Los sujetos que elaboran un proceso de duelo a menudo lo sienten como algo que no acabará, que no cambiará, existe la sensación de que la etapa actual no disminuye con respecto a intensidad, sin duda alguna es tan solo un proceso, en tal momento parece que el Yo se enfrasca en la desviación libidinal que le ha producido su objeto perdido (es tan solo un proceso, lo que significa que pasará).

El duelo como proceso dinámico le implica al sujeto experimentar cambio a lo largo del tiempo que atiende a huellas mnémicas registradas con anterioridad, los reconocimientos del sujeto son puestos en duda mientras el proceso toma su curso. Entender el duelo como un proceso dinámico y en movimiento implica de alguna manera que el sujeto experimente de manera consciente de que coexiste una inestabilidad y del mismo modo, clarificar y normalizar los sentimientos y emociones hace que el sujeto se perciba con mayor capacidad de amarse a sí mismo.

El duelo es un proceso íntimo porque la forma de responder a la pérdida atiende a antecedentes registrados a nivel inconsciente y a eventos actuales,

así mismo la secuencia y las reacciones de sus impulsos, de manera que cada sujeto reacciona de manera diversa ante tal acontecimiento. “No existe una historia de pérdida y la forma de reaccionar ante ésta que sea replica de otra” (Poch, y Herrero, 2003, Pág. 66). Por tal motivo el duelo es un proceso caracterizado por la idiosincrasia, e intimidad de la identidad del Yo y su inconsciente.

EL Duelo es un proceso en donde también interfiere la sociedad, ya que no únicamente se elabora en forma privada e independiente de los demás y al margen de las actividades cotidianas; los rituales, mitos, y costumbres en general ayudan o entorpecen el proceso de duelo; los sujetos que enfrentan una pérdida están rodeados de otros sujetos que también intentan elaborar sus propias pérdidas y justamente por el hecho de pertenecer a un grupo donde existen sujetos con una pérdida similar pueden sentirse más identificados, aunque por otro lado también el sujeto se puede ver obligado a experimentar su dolor en silencio, puesto que no sería aceptada socialmente o reconocida como tal, es decir, son reconocidas como pérdidas estigmatizadas o cotidianas a las que se le da un crédito nulo por la manera de ser algo natural.

El duelo es un proceso activo, de manera que el sujeto que experimenta una pérdida, vive una serie de situaciones ante las cuales no puede eliminar o escaparse de ellas. Un individuo se ve importantemente influenciado para fin de procesar o no su duelo de la cultura, de sus seres cercanos emocionalmente hablando y por supuesto de su fuerza Yoica y su historia personal de vida.

3.5.5 EL DUELO PATOLOGICO

El duelo hace referencia a la pérdida del objeto amado, cabe mencionar que la pérdida de un objeto amado no se refiere exclusivamente a una persona, puede ser una situación, un anhelo no realizado, la pérdida de una función física o bien de un miembro físico etc.

Existe diferencia entre aflicción y melancolía, el afligido está cumpliendo con su duelo, al negociar con la realidad, admitir la irreversible desaparición del objeto amado y liberar el deseo para buscar nuevos objetos de amor; en el caso del melancólico existe un rechazo a la idea de la pérdida de tal manera que se identifica con el objeto perdido y retira su emoción, y deseo del mundo exterior.

Para los escritores románticos del siglo XIX la melancolía es una musa quien abre el enigma del mundo y del ser, aunque no se sepa de dónde viene, sin embargo, para los especialistas de la salud mental la melancolía es signo de una enfermedad. Los sujetos que enfrentan un duelo crónico o patológico, es porque el sujeto cree haber superado el acontecimiento, el yo parece haber encontrado su equilibrio y el mundo se considera como un acontecer normal, cotidiano en donde el Yo se observa resignado a vivir su transcurso; sin embargo desde la estructura psíquica las circunstancias suelen indicar lo contrario puesto que la melancolía se singulariza en lo anímico, una desazón profundamente dolida, una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y una rebaja en el sentimiento de sí mismo, que se exterioriza en auto reproches y auto denigraciones que se difunde hasta una delirante expectativa de castigo.

En el duelo no patológico se encuentra que la inhibición y falta de interés se esclarecerían totalmente por el trabajo que absorbe el Yo; mientras que en la melancolía la pérdida desconocida (ayudada por los mecanismos de defensa de la escisión, anulación, negación, formación reactiva, introyección, proyección y desplazamiento), tendrá como consecuencia un trabajo interior semejante al del duelo y será la responsable de la inhibición que le es característica. Solo que ello privará al sujeto de parte de su capacidad para disfrutar las cosas buenas de su vida.

La inhibición melancólica impresiona como algo enigmático, porque se desconoce lo que absorbe y deja al individuo absolutamente en calidad de

enfermo. El melancólico muestra un considerable debilitamiento Yoico, es decir, un enorme empobrecimiento del Yo; mientras que en el duelo no patológico el mundo se ha hecho pobre y vacío; en la melancolía, eso mismo le ocurre al Yo.

El melancólico describe a su Yo como indigno, estéril y moralmente despreciable; se hace reproches, se denigra y espera aversión, repulsión y castigo. Se humilla ante todo y conmisera su ambiente en relación con otros sujetos por tener lazos con un sujeto tan indigno como él. No es capaz de identificar que él ha sobrevivido a una alteración, por lo contrario extiende su autocrítica al pasado; asevera que es y se describe como una figura negativa. Existen ciertos síntomas característicos del duelo patológico, que intentan ocultar la verdadera enfermedad del sujeto; dichos síntomas son: insomnio, repulsión a los alimentos, cansancio, desgano o desánimo, desfallecimiento, conductas maniacas, irritabilidad, pérdida en el interés de hacer ligas emocionales profundas con otros seres humanos y la pérdida de la creatividad y la productividad.

Cuando un duelo camina hacia el rumbo de lo patológico o de la melancolía se deduce que en la liga emocional con el primer objeto de amor debió de haber existido una fuerte fijación y aunque suene paradójico también una escasa resistencia de la investidura del objeto, esta contradicción parece confirmar que la elección de objeto cumplió sobre una base narcisista, de tal manera que la investidura de objeto puede progresar al narcisismo si llegase a tener conflicto en sus relaciones objétales actuales. Por lo tanto, la identificación narcisista con el objeto se convierte entonces, en el sustituto de la investidura de amor, por consecuencia el vínculo de amor no debe resignarse a pesar del conflicto con el objeto amado. Un sustituto así del objeto de amor por identificación, desarrolla la posibilidad de manifestar un mecanismo importante para las afecciones narcisistas; desde luego, corresponde a la regresión desde un tipo de elección de objeto al narcisismo originario, de tal manera se debe de tener siempre presente que la identificación es la etapa previa de la elección de objeto y es el

primer modo ambivalente en su expresión, es la forma en que el Yo distingue a su objeto.

Por tanto, se ha observado que la melancolía no solamente toma prestados parte de las características del duelo, sino que también la regresión desde la elección narcisista de objeto, hasta el narcisismo mismo interfieren en dicho proceso patológico; además depende de una condición que el duelo normal si la presenta y en la melancólica esta ausente, esto es la falta de la perturbación del sentimiento de si mismo, dando lugar a un duelo patológico. La pérdida del objeto de amor es una vía para que sobresalga y fluya a la luz la ambivalencia de los vínculos de amor, de tal manera que cuando preexiste disposición de la neurosis obsesiva, el conflicto de ambivalencia facilita al duelo patológico, por tanto lo obliga a manifestarse en forma de auto reproches y auto denigración, puesto que el Yo se encuentra desequilibrado tras la pérdida de un objeto amado, y trae consigo el conflicto de la ambivalencia.

Las causas de la melancolía se derraman ante el acontecimiento de la pérdida por causa de la sensación de muerte, abarcando todas las situaciones de agravio, de menosprecio y de desengaño, en virtud de las cuales se puede infiltrar el vínculo entre la oposición de amor y odio o reforzarse una ambivalencia preexistente. Por otro lado el amor de objeto se refugia en la identificación narcisista, el odio se ensaña con el objeto sustituto agrediendo y originando el sufrimiento y la satisfacción sádica. Así, la investidura de amor del melancólico en relación con su objeto ha experimentado un destino doble, por una parte ha regresado a la identificación narcisista, pero por otro lado bajo la influencia del conflicto ambivalente, fue trasladada hacia la etapa sádica más próxima a ese conflicto. Es importante dejar claro que uno de los aspectos trascendentes y significativos de la melancolía, es el predominio de la angustia, debido al empobrecimiento del Yo, que deriva del erotismo de la etapa anal dicho conflicto ha provocado una regresión patológica.

La melancolía se relaciona con una multitud de batallas parciales por el objeto, en ellas se enfrentan el odio y el amor, el primero pugna por desatar la libido del objeto y el otro por proteger la posición libidinal. A estas batallas parciales no se podría situarlas en otro sistema que no fuera el inconsciente, es decir, el reino de las huellas mnémicas, así como también llegar al preconscious que conduce a la vía de la conciencia. Este camino está bloqueado en el trabajo melancólico, quizás a consecuencia de una multiplicidad de causas o de la conjunción de éstas.

La ambivalencia constitucional pertenece en si a lo reprimido, mientras que las vivencias traumáticas con el objeto pueden haber activado otro material reprimido, así, que de estas batallas ambivalentes sobrevienen el desenlace característico de la melancolía; es decir, la melancolía tiene su base principalmente en la primera y segunda etapa psicosexual del desarrollo y está dada por relaciones ambivalentes o poco predecibles y confiables con el objeto primario de amor.

De las tres premisas de la melancolía: pérdida del objeto, ambivalencia y regresión de la libido al Yo, a las dos primeras se pueden observar en los reproches obsesivos tras acontecimientos de muerte; la ambivalencia es el resorte del conflicto, de tal manera que eliminando este síntoma se eliminaría muchas de las conductas maníacas. En la tercera premisa o sea la regresión, donde se ha dado una acumulación de investidura antes ligada, que se libera al término del trabajo melancólico, esto permite que la energía libidinal retome su camino hacia el Yo y por ende éste se vea fortalecido.

El conflicto en el interior del yo, que la melancolía recibe a cambio de la lucha por el objeto, tiene que operar a modo de una herida dolorosa que exige una contra investidura grande en extremo. En la melancolía no se produce la elaboración del duelo porque los sentimientos de ambivalencia teñidos de agresividad que el sujeto desplaza hacia el objeto desaparecido, y que no

reconoce a nivel consciente, se vuelven contra él. En la melancolía concretamente, el Yo del sujeto se disocia, es decir, una parte se sitúa crítica, enjuiciadora, disociada en la situación presente. (La parte Yoica tomada como objeto es producto de una identificación superyoica), y por otra parte se dan los reproches con los que el melancólico se abrumba, dichos reproches están dirigidos hacia el objeto perdido, ambivalente es decir, amado y odiado y han sido vueltos contra el propio Yo.

El cuadro nosológico de la melancolía destaca el desagrado moral por el propio Yo, además de otras carencias como lo son el quebranto físico, la inestabilidad, inseguridad, debilidad e inferioridad social, sin embargo rara vez el enfermo percibe conscientemente dichos síntomas y mucho menos es capaz de percibir de donde provienen; situación que remite a la siguiente conclusión, “el duelo es patológico y sus lágrimas son acogidas como secretores tan nauseabundas como las otras secreciones del cuerpo” (Macías, 2002, Pág. 78). De manera que los autoreproches, la crítica destructiva, para sí mismo son el alimento continuo para el sujeto en estado melancólico, es decir, solo el empobrecimiento Yoico, ocupa un lugar privilegiado entre sus temores y sus declaraciones.

3.5.6 EL REENCUENTRO CON EL OBJETO AMADO

Cuando un sujeto que ha sufrido la pérdida de un objeto amado y después de un largo y doloroso proceso logra darse cuenta a través de estar en contacto con la realidad, que el objeto amado ya no existe más, y de él emana la exhortación de quitar toda libido de sus enlaces con dicho objeto, a ello se opone una comprensible renuncia, sin embargo, cabe destacar que si el sujeto no abandona adecuadamente esa posición libidinal que había decidido canalizar al objeto amado ahora perdido, la renuencia puede alcanzar una fuerte intensidad al grado de producir un extrañamiento de la realidad y una retención del objeto amado, mediando así la vía alucinatoria de deseo: por lo

tanto lo ideal es que prevalezca un contacto no distorsionado con la realidad, lo cual no puede cumplirse enseguida, para ello se requiere de un gasto de tiempo y energía de investidura, entretanto la existencia del objeto perdido continua en la estructura psíquica.

La energía enviada al objeto amado es clausurada, de tal manera que no se puede indicar con facilidad la fundamentación económica, produciendo un displacer doliente no natural; una vez cumplido el trabajo del duelo el Yo se vuelve otra vez libre y desinhibido.

“El duelo no se limita a otorgarle una existencia al objeto perdido, sino que llega a indicar que dónde esa existencia hallaría su término, allí mismo interviene el objeto sustituto. Ahora bien, el objeto sustituto nos es ofrecido como si fuera el mismo objeto perdido, debido a que le traería a quien está en duelo los mismos goces de los que obtuvo con el objeto perdido” (Allouch, 2001, Pág. 133).

La elección del objeto amado, refiere a una ligadura de la libido a un objeto determinado; cuando este se pierde el Yo se enfrenta a una realidad, es decir, a un desengaño, entonces sobreviene un sacudimiento emocional, pues la libido de objeto es desviada y desplazada a un nuevo objeto; pero la libido libre no se desplazó a otro objeto sino que se retiró sobre el Yo, sirvió para establecer una identificación del yo con el objeto resignado.

La separación es la expresión del inconsciente cuando el objeto es abandonado por la libido aunque en realidad la separación se apoya en incontables representaciones singulares y la ejecución de ese abandono de libido no puede ser un proceso instantáneo, es un proceso lento, no es fácil discernirlo porque remite a una raíz inconsciente. Si el objeto no tiene para el Yo una importancia tan grande, reforzada por millones de ligazones o lazos, no es apto para procesar un duelo.

Es importante recordar que el ser humano es un ente biopsicosocial, y la sociedad influye de una manera decisiva en la psique de una persona; por tal motivo se cree que los castigos míticos de exilio, locura y muerte (postura superyoica) son los ámbitos que nutren y disminuyen la angustia del individuo, por tal situación la cultura, es el instrumento por excelencia que da la vida como preparación para la muerte, bajo un punto de vista esto propicia en el inconsciente la creación de una cierta aceptación de la muerte, la cual transforma la muerte como parte de lo natural, y la vida como el sendero de un continuo caminar que deja lugar a la nueva vida, la separación del sujeto en sí mismo evidentemente es un acto necesario.

“El nacimiento es una separación de la primera forma de existencia; y en cada nueva etapa el sujeto debe al mismo tiempo abandonar una etapa anterior, es decir, una separación de si mismo. Bajo este punto de vista, hay uno no querer separarse de si mismo, un elemento regresivo y mortal; aquí se revela la ambivalencia fundamental del proceso vital no destrabado de la muerte. Por lo tanto el desarrollo ulterior significa en todo caso el sacrificio de anteriores formas de organización, la compulsión y la repetición de una separación serán al mismo tiempo regresiva y progresiva” (Caruso, 2007, Pág. 66).

El psicoanálisis ha definido que el fin del duelo es el alejamiento de lazos libidinales hacia el objeto de amor que ha sido aniquilado; se ha demostrado que muchos sujetos en este proceso mantienen una relación interna y continua con el objeto perdido, esto pone a dicha teoría en la necesidad de Reconceptualizar las modificaciones que dan lugar a las relaciones de objeto inmiscuidas en el proceso de duelo; pues así como un hombre abandona las ropas gastadas y adquiere otras nuevas, cuando el cuerpo está gastado el Yo que vive en su interior adquiere otro nuevo; analogía que vislumbra la necesidad de cambiar, evolucionar y ampliar el sendero que el Yo asume continuamente. Cuando el Yo admite la renovación al experimentar el proceso

de duelo y en el mejor de los casos asume todas las consecuencias que ello implique; de manera que el yo tan solo no retomará una amplia visión de su entorno, si no que acrecentará su pulsión de vida, la pulsión de Eros que permitirá al Yo continuar con vida.

El duelo es un proceso que da transformación a la estructura psíquica, comprende el mundo interno del sujeto que ha sufrido una pérdida significativa y que además afecta su percepción de la realidad y modifica las imágenes del objeto, el proceso de duelo en realidad implica no el rompimiento de un vínculo de objeto, sino la transformación de la energía libidinal, que opera con un componente continuo de la estructura psíquica. De tal manera que el sujeto necesita ejercicio, maduración y crecimiento para estar a la altura de estos mismos estímulos que lo impulsan a la maduración y al desarrollo.

Se dice que un ser humano debe de tener la capacidad de aprender a vivir con la pérdida o con la muerte ya que esta es parte de vida. El sujeto que esta en duelo se puede ubicar en un punto incomprensible, él sabe y no sabe lo que está pasando; éste enunciado paradójico permite al yo manifestar su parte consciente y desconoce la esencia de lo perdido como tal. Freud (1923/2001, Pág. 21) a este acontecimiento del Yo lo llamó escisión. Este es un Mecanismo que es utilizado con otros mecanismos de defensa afines para defender a la persona del intenso dolor que le podría provocar la pérdida. Dicha negación debe de ser solo parte del proceso de duelo y no convertirse en un continuo en el comportamiento humano debido a que ello provocaría que los duelos no fueran superados, convirtiendo esto en un duelo patológico o no resuelto, el cual implicaría quitarle fuerza yoica a un sujeto. Cabe mencionar que depende en gran medida de la fuerza madurativa que la persona ha adquirido en su infancia para que el trabajo de duelo se vea favorecido u obstaculizado, ya que la capacidad de superar o no un proceso de duelo tiene una relación directa con la fuerza Yoica adquirida en los primeros años de vida. “El Yo que ha sufrido

una pérdida, debe darle muerte a la imagen del objeto de amor “(Caruso, 2007, Pág. 66).

Sin duda el perder algo valioso o amado como a una persona significativa, un miembro físico o una función orgánica etc; remitirá a un sujeto a vivir una sensación de descontento y a un desequilibrio en la estructura yoica, lo cual lo remitirá obligadamente al concepto de elaboración de un proceso de duelo, el cual está íntimamente relacionado con la concepción del proceso psíquico, que consiste en conexión de huellas mnémicas registrada en la infancia, de tal manera que el yo es también obligado a una regresión amenazante con el fin de que la muerte no sea absoluta, y de manera inmediata se pone en tela de juicio los llamados mecanismos de defensa.

En el capítulo de Duelo Y Melancolía escrito por Freud, (1923/2001), se introdujo el término de duelo para referirse “a un afecto normal que se presenta en los sujetos como reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción” (Freud, 1923/2001, Pág. 241). El duelo carga consigo diversas desviaciones de la conducta normal en la vida; por tal situación se considera que es un estado temporal. En este sentido el duelo no solo representa la pérdida de un ser querido, sino también el sujeto intenta descubrir que es lo que se pierde con el objeto aniquilado.

La pérdida de un objeto se traslada también a una pérdida del yo, es decir, a la pérdida de una parte del si mismo, y el conflicto entre el Yo y el objeto amado se conjugan entre el yo crítico y el yo alterado por la identificación con el objeto perdido. “El perder permite fortalecer al yo porque su impulso de vida buscará otros objetos, de tal manera que el duelo trae consigo no solo una pérdida, sino junto con ella el Yo intenta subir un escalón en el proceso de la personalidad progresiva” (Allouch, 2001, Pág. 307). El trabajo de duelo consiste en desanudar una a una las expectativas, que se poseía con respecto al objeto amado, la otra parte del trabajo es la intensificación de los recuerdos,

elementos que hace mas complicada la elaboración de duelo, puesto que las expectativas quedan abiertas; Conjuntamente el desgrane produce un trauma, que en el sentido estricto corresponde a una ruptura de las cadenas o conexiones asociativas.

Ciertos rituales sociales y/o culturales cumplen un papel fundamental que ayuda a la elaboración de la pérdida, junto por supuesto con la madurez emocional, los seres queridos, significativos, ayudan en este proceso, y todas aquellas situaciones que cumplan el papel de acompañamiento pueden ayudar a que se elabore de manera más satisfactoria el trauma por la pérdida.

CAPITULO II. METODOLOGIA

1. TEORIA METODOLOGICA

La investigación cualitativa tiene presente el aspecto humano de la vida social; con este tipo de investigación se intenta comprender la forma en como las personas definen su mundo a través de lo que dicen o hacen; sin dejar de lado el contexto en el que la acción se desarrolla analizando el significado de las reacciones sociales, las metodologías cualitativas son recursos utilizados en el estudio de la vida social. (González, 2005, Pág. 121).

En la metodología cualitativa, la voz de los participantes es importante, ya que el reto de la reconstrucción de los eventos a partir de la oralidad no es únicamente convertir el texto escrito en testimonios, sino incorporar el análisis. Una tarea fundamental en este tipo de investigación es el tratar de discernir entre las formas y los momentos en que el testimonio oral se está compartiendo, esto no significa sin embargo, que la oralidad sea menos valiosa sino por el contrario puede acercarnos más a las formas de pensamiento común. La manera de trabajar con este proyecto de investigación será a través de un estudio de caso, mediante un proceso de atención psicoterapéutica de corte psicoanalítico el escenario será el consultorio psicoterapéutico.

2. PARTICIPANTES

Para llevar a cabo esta investigación, se analizó un caso clínico, de una adolescente de 17 años de edad, que llega a consulta psicológica, debido a que sufría de fuertes crisis emocionales ocasionadas porque en un accidente automovilístico perdió su miembro superior derecho y esto la sometió en un estado de depresión por la sensación de pérdida, por lo que acudió a consulta psicoterapéutica. El proceso de duelo y la distorsión corporal fueron trabajadas en la joven con el enfoque psicoanalítico aplicado a adolescentes; así mismo se le ayudó a la sana adaptación de su nuevo contexto social y físico.

3. ESCENARIO

Para llevar a cabo esta investigación, se trabajó en el escenario del consultorio psicoterapéutico. En dónde se vio a la joven 1 vez por semana por espacio de 60 minutos, y se cubrieron un total de 90 sesiones de una 1 hora cada una.

4. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para alcanzar los objetivos de la investigación se trabajó con la técnica de estudio de caso.

A) ESTUDIO DE CASO

El estudio de caso es “una técnica de la investigación cualitativa, en dónde dicha investigación se caracteriza porque el objeto de estudio está relacionado con la subjetividad, es decir, se estudia el sentido que los sujetos le dan a sus acciones, y está centrada en un solo caso a observar, analizar y evaluar” (Sánchez, 2001, Pág. 151). Se trabajó a partir del método psicoanalítico y se usaron los siguientes instrumentos en esta investigación:

- 1). Recolección de datos a través de historia clínica psiquiátrica en las psicoterapias psicodinámicas.
- 2). Psicoterapia de corte psicoanalítico aplicado a niños y adolescentes.
- 3). Reporte de sesiones.
- 4) Método psicoanalítico.

B) EL MÉTODO PSICOANALÍTICO

El método de investigación que se utilizó para el desarrollo en el proceso del tratamiento, y en el análisis de este estudio, se fundamentó en el método psicoanalítico, reconsiderando algunos elementos, instrumentos de análisis tales como: la entrevista, la historia clínica, algunas sesiones psicoterapéuticas y viñetas del paciente.

El desarrollo del tratamiento se elaboró con un fundamento psicoanalítico que se basa en los principios teóricos y técnicos del psicoanálisis, dentro de un proceso interpersonal, consciente y planificado, orientado a influir entre los trastornos del comportamiento, y en las situaciones del sufrimiento, con medios psicológicos, generalmente verbales con una finalidad elaborada, y es mediante este método que se espera que haya reducción de los síntomas o bien la reestructuración de la personalidad.

El método de investigación psicoanalítico consiste en adquirir el mayor conocimiento posible de las tres instancias psíquicas que constituyen la personalidad, así como de sus relaciones intrapsíquicas y con el mundo exterior. (Sánchez, 2001, Pág. 162).

El psicoanálisis es un método de investigación que consiste esencialmente en evidenciar o hacer consciente, la significación inconsciente de las palabras, actos, producciones imaginarias como pueden ser los sueños, fantasías, pensamientos, sentimientos, propósitos y deseos del individuo, es decir; su meta primordial es hacer consciente lo inconsciente.

Este método tiene sus soportes en la asociación libre, la instauración de una adecuada alianza de trabajo, la interpretación de sueños, la interpretación y comprensión por parte del psicoterapeuta de corte psicoanalítico de la transferencia y contratransferencia, de la comprensión de las resistencias del

sujeto de estudio, que garantiza su validez y utilidad a través de la interpretación, la transferencia y la capacidad de insight por parte de paciente.

“Llamamos psicoanálisis al trabajo mediante el cual traemos a la consciencia del enfermo lo psíquico reprimido por él ¿porque “análisis”, que significa fraccionamiento, descomposición, y sugiere una analogía con el trabajo que efectúa el químico de las sustancias que encuentra en la naturaleza y que lleva a su laboratorio? Porque tal analogía es efectivamente fundada en un importante aspecto. Los síntomas y manifestaciones patológicas del paciente son, como todas sus actividades psíquicas, de naturaleza altamente compuesta; los elementos de esta composición son en último término motivaciones, mociones pulsionales. Pero el paciente nada

Sabe, o muy poco, de estas motivaciones elementales. Le enseñamos, pues, a comprender la composición de estas formaciones psíquicas altamente complicadas, referimos los síntomas a las mociones pulsionales que los motiva, señalamos al enfermo en su síntoma la intervención de motivaciones pulsionales hasta entonces ignoradas por él”. (Laplanche, 1993, Pág. 317).

El método psicoanalítico se fundamenta y se rige a través de normas generales que cumplan criterios tales como; la asociación libre, atención flotante y la neutralidad por mencionar algunas.

Mediante la asociación libre el paciente le comunica al analista, de forma verbal todo lo que acude o atraviesa por su mente en ese momento, tratando de no poner barrera alguna, aquí el pensamiento aflora en la mente espontáneamente a partir de un determinado elemento “Método que consiste en expresar sin discriminación todos los pensamientos que vienen a la mente, ya sea a partir de un elemento dado (palabras, número, imagen de un sueño, representación cualquiera), ya sea de forma espontánea.” Tal como la menciona (Laplanche, 1993, Pág. 35).

La atención flotante, es una actitud subjetiva que asume el analista, al momento de escuchar el Discurso del paciente, el analista no debe favorecer elemento alguno de lo que habla el analizado, no debe fijarse en nada en particular. “manera de cómo el analista debe escuchar al analizado: no debe, a priori, conceder un privilegio a ningún elemento del discurso de esta, lo cual implica que el analista deje funcionar lo mas libremente posible su propia actividad inconsciente y suspenda las modificaciones que habitualmente dirigen la atención.” (Laplanche, 1993, Pág. 37).

La neutralidad es una cualidad que define la actitud del analista y que consiste en no emitir juicios ni valores de cualquier índole, el profesional de la salud mental permanece neutro sin influir en el paciente.

“La neutralidad es una de las cualidades que define la actitud del analista durante la cura. El analista debe ser neutral en cuanto a los valores religiosos, morales o sociales, es decir, no dirigir la cura en función de un ideal cualquiera, y abstenerse de todo consejo; debe de ser neutral con respecto a las manifestaciones transferenciales, lo que habitualmente se expresa por la fórmula -no entrar en el juego del paciente. Por último el analista debe de ser neutral en cuanto al discurso de lo analizado, es decir, no conceder a priori una importancia preferente, en virtud de prejuicios teóricos, a un determinado fragmento o a un determinado tipo de significaciones” (Laplanche, 1993, Pág. 256).

C. LA HISTORIA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA EN LAS PSICOTERAPIAS PSICODINAMICAS

La historia clínica psiquiátrica aplicada en las psicoterapias psicodinámicas propuesta por Velasco (1998), tiene una serie de apartados básicos que dirigen al clínico hacia la obtención de un diagnóstico psiquiátrico de acuerdo con diferentes clasificaciones taxonómicas. Con este documento se ordena la información y se puede seguir un procedimiento para llegar al diagnóstico. El

reporte escrito de una historia clínica psiquiátrica psicodinámica es fundamental para evitar los datos anecdóticos irrelevantes, intentado obtener un conocimiento de las experiencias vitales del paciente, reportadas de manera breve y organizada. Dicha historia clínica psiquiátrica aplicada en las psicoterapias psicodinámicas incluye: (Velasco, 2000, Pág. 143).

- a) Ficha de identificación.
- b) Motivo de consulta.
- c) Padecimiento actual.
- d) Historia personal y familiar.
- e) Examen mental.
- f) Exámenes de laboratorio y gabinete
- g) Diagnóstico psiquiátrico.

D. REPORTE DE SESIONES PSICOTERAPEUTICAS

El reporte escrito obtenido a través del proceso psicoterapéutico de corte psicoanalítico, denominado cortes psicodinámicos, es un ejercicio profesional que ayuda a la síntesis, creatividad y organización de la información obtenida en dicho proceso, (proceso que tuvo una duración de 90 sesiones); ya que los datos que se van obteniendo, se van ordenando en diferentes cortes psicológicos que son elegidos de acuerdo a la relevancia de la investigación, todo esto se hace dentro de un sistema teórico, donde se mezclan los conocimientos de psicopatología con los diferentes conceptos teóricos, y para llevarlo a cabo dentro de una investigación de un caso clínico también se consideraran los eventos de vida significativos del sujeto que se está estudiando; todo esto se trabajó por supuesto dentro de un marco psicodinámico.

5. PROCEDIMIENTO

Para llevar a cabo este trabajo de estudio de caso se realizó primeramente una investigación bibliográfica, posteriormente se seleccionó a una adolescente que sufrió la pérdida de un miembro físico, se obtuvo información a través de la observación directa que se recolectó en cada una de las sesiones, también se obtuvo información de lo que el supervisor pudo observar de dicho caso. La primera intención era obtener la información para realizar la historia clínica pertinente y de igual manera obtener el diagnóstico, la clave psicodinámica y la línea de tratamiento que se llevaría a cabo con la paciente joven. Posteriormente se hizo un análisis del caso, interpretación de los resultados, descripción y conclusiones, y finalmente la presentación del trabajo de investigación.

Existen diversos tipos de investigación y en este trabajo se optó por la investigación de tipo cualitativa con la modalidad de estudio de caso clínico; esta modalidad permite considerar dimensiones de la interacción social y contribuye a entender e interpretar los fundamentos complejos, antes de proceder a cierta cuantificación.

Para este tipo de investigación son necesarias vivencias, percepciones, sentimientos y emociones de las personas, una premisa fundamental es, comprender el punto de vista informante.

Dentro del método cualitativo, existen varias técnicas, para llevar a cabo las investigaciones y entre ellos, existe el estudio de caso, como un procedimiento empleado dentro del ámbito clínico, como una forma de ayudar a comprender los fenómenos humanos. Esta técnica ofrece una comprensión más profunda de estos hechos, es una opción para obtener datos ricos en detalles y tiende a crear una descripción vivida de la persona estudiada.

El estudio de caso, desde una perspectiva clínica, proporciona información tanto de las desviaciones que pueden llegar a presentarse en los rasgos de personalidad, así como del funcionamiento normal de un sujeto.

El estudio de caso que se presenta, se realizó con un paciente adolescente, del sexo femenino, de 18 años de edad; analizando su situación actual desde una perspectiva psicodinámica, tomando en cuenta también los acontecimientos tanto sociales como familiares que rodean y han rodeado a la joven paciente.

Por lo que fue necesario para poner conocer y analizar el caso la realización de una entrevista clínica y el llenado de una historia clínica, para hacer su análisis metapsicológico, así como de las sesiones analíticas. Una vez obtenidos los datos de la primera parte del tratamiento, se prosiguió a hacer análisis del desarrollo del proceso terapéutico dentro de consultorio, a través del análisis continuo del discurso inconsciente, analizando la transferencia y contratransferencia, realizando las respectivas interpretaciones, considerando su estructura psicológica y el momento terapéutico, para poder determinar en que momento son adecuadas dichas interpretaciones (timing). Es evidente que también a través del proceso terapéutico se fue determinando su estado mental actual, se fue analizando la posible activación de resistencias, el tipo de alianza que realizó la joven paciente así como también la capacidad de insight, y el avance o estancamiento del tratamiento.

El estudio de caso referido se desarrolló en un lapso de 18 meses, lo que el tiempo de investigación fue de un año con seis meses, con un total de 90 sesiones aproximadamente. Durante este periodo se realizaron las tres primeras entrevistas para dar paso al encuadre y contrato terapéutico, dónde se estableció la alianza terapéutica, para dar inicio al tratamiento terapéutico. Durante este periodo también se recabó toda la información posible para tener mayor información de la problemática actual y de la estructura psicológica de la joven paciente.

Para llevar a cabo esta investigación se solicitó la autorización y consentimiento de la paciente, en donde desde el primer momento su respuesta fue favorable y cooperadora. Solo solicitó la máxima discreción y anonimato para ella y su familia, por lo que todos los nombres que aparecen en este trabajo han sido cambiados, así como los lugares de residencia.

En las sesiones psicoterapéuticas se utilizó la siguiente simbología Px= paciente, Tx= terapeuta. La información entre comillas se refiere a las aportaciones personales del paciente, es decir a la información no modificada que dio ella tratando de rescatar y respetar esas aportaciones.

CAPÍTULO III. RESULTADOS

3.1. PRESENTACIÓN DEL CASO

Con esta investigación, basada en el análisis y estudio de un caso clínico; se pretendió conocer el proceso de duelo de una joven adolescente que sufrió una pérdida de un miembro físico superior, se pretende conocer el efectos que tiene la técnica psicoterapéutica de corte psicoanalítico para jóvenes adolescentes que han sufrido de una pérdida de este tipo, se analizará sus expectativas, además de los diversos factores que afectan el proceso de duelo y adaptación como son los rasgos psicológicos que determinan la fortaleza yoica (el nivel de fortaleza yoica determinará en gran medida el curso de la superación adecuada de un duelo) ; el apoyo social/ familiar y por supuesto la técnica psicoanalítica aplicada a los adolescentes en dichas circunstancias.

Se analizó todo esto con la finalidad de conocer la repercusión de una pérdida de esta naturaleza, en la sensación de imagen corporal, en la autoestima, en la motivación para seguir desarrollándose; además de conocer las mejores estrategias terapéuticas que ayuden a jóvenes en estas circunstancias para que no frenen o desvíen su sano desarrollo.

3.2 LA HISTORIA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA EN LAS PSICOTERAPIAS PSICODINÁMICAS

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: Angelita.

Edad: 18 años.

Sexo: Femenino.

Ocupación: Estudiante de licenciatura y empleada de una tienda de ropa.

Escolaridad: Estudiante de primer semestre de licenciatura de contabilidad.

Religión: Católica.

Estado civil: Soltera.

Fuente de referencia: Directa.

Nacionalidad: Mexicana.

Fecha de ingreso: Junio del 2007

MOTIVO DE CONSULTA

MANIFIESTO: Angelita es llevada a consulta psicoterapéutica por sus padres, que se encuentran preocupados porque la joven sufrió un accidente automovilístico en dónde perdió casi la totalidad de su miembro superior derecho; acontecimiento que la llevó a tener depresión y una excesiva ansiedad, caracterizado con insomnio, inversión del ciclo de sueño-vigilia, también presentaba una continua ansiedad en relación a su estado físico actual argumentando que ahora era menos valiosa porque ya no estaba completa.

LATENTE: Depresión, miedo, angustia, culpa sensación de inferioridad, enojo y confusión.

PADECIMIENTO ACTUAL

SINTOMAS O CONFLICTOS: tiene aproximadamente 1 mes de haber iniciado su cuadro agudo, evidentemente con un factor precipitante (accidente automovilístico), el cuadro agudo incluyó el que Angelita se sintiera con síntomas tales como la depresión, miedo, angustia, culpa sensación de inferioridad, enojo y confusión.

FECHA DE INICIO: el accidente automovilístico se da a finales de abril del 2007, pero los síntomas aparecen hasta junio del mismo año.

ORDEN DE APARICION: los síntomas inician de la siguiente manera: primeramente se da la insatisfacción corporal, con distorsión de la imagen de su propio físico, rayando en una distorsión severa, de la realidad, después aparece la rabia, la rebeldía, para posteriormente reaparecer la inversión del ciclo del sueño-vigilia y finalmente recae en una depresión profunda.

CIRCUNSTANCIAS EN QUE APARECIERON: la joven paciente se vio envuelta en varias cirugías, con las que guardaba la esperanza (inconsciente) de recuperar el aspecto físico de su mano, además de recuperar la función que ésta le ofrecía.

FACTORES DESENCADENANTES: aparecen los síntomas antes mencionados después de sufrir un accidente automovilístico en donde la joven pierde casi toda la totalidad y función de su mano derecha.

CURSO: Al inicio al llegar al consultorio estaba bajo la influencia del mecanismo de la negación y poco a poco esta negación fue cediendo dando lugar a diversas sensaciones como enojo, distorsión de la imagen corporal, ansiedad extrema, y depresión profunda

ESTADO RECIENTE: la paciente ha estado 18 meses en tratamiento psicoterapéutico con corte psicoanalítico, aplicado a adolescentes y se ha cuidado el proceso de duelo y se ha trabajado con la distorsión de la imagen corporal, con lo que se puede referir que actualmente la joven ha evolucionado satisfactoriamente, pues ya existe una mayor aceptación de su pérdida y una adaptación a la misma; las crisis de ansiedad han desaparecido completamente y los periodos depresivos son cada vez menos frecuentes.

FENOMENOS Y SITUACIONES ASOCIADAS: el accidente automovilístico, y los gastos económicos que la familia ha tenido que enfrentar para su tratamiento médico y psicoterapéutico han desestabilizado a la familia y esto hace que haya riñas frecuentes en el núcleo familiar, por lo que la paciente llega a sentir culpa.

GANANCIAS SECUNDARIAS: al inicio del tratamiento la paciente fue sobreprotegida y tratada dentro del hogar sin ninguna responsabilidad, lo que la sometió a un estado regresivo que se cuidó que fuera al servicio del yo, y cuando se obtuvieron los primeros avances se citó a los padres para explicarles la importancia de tratar a Angelita con la mayor normalidad y responsabilidad que su nueva condición le permitiera.

HISTORIA PERSONAL Y FAMILIAR

A). HISTORIA FAMILIAR.

ENTORNO SOCIOECONÓMICO Y CULTURAL: el entorno económico de la paciente antes del accidente se pondría considerar de clase media alta; pues el negocio familiar que actualmente manejan es exitoso; sin embargo, después del accidente la economía se ha visto seriamente afectada puesto que ningún miembro de la familia cuenta con atención institucionalizada, de tal manera que las diversas operaciones, curaciones e intervenciones médicas de cualquier tipo

incluyendo la compra de medicamentos, ha tenido que ser directamente desembolsada del patrimonio familiar, lo cual ha desequilibrado la estabilidad económica de dicha familia, con lo anterior se podría considerar que se puede observar otro tipo de pérdida para la familia (que es la pérdida de la tranquilidad y solvencia económica).

CARACTERISTICAS DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA

PADRE: Padre (48 años) casado, con 2 hijos comerciante, es una persona sensible, responsable con las obligaciones tanto económicas como emocionales de su familia. La relación que Angelita refiere tener con su padre es cercana emocionalmente hablando y con una comunicación adecuada.

MADRE: (50 años) casada con 2 hijos, es comerciante y la paciente refiere que la relación que lleva con su mamá es un tanto ambivalente. Pero con la situación del accidente de la paciente la mamá ha reaccionado de manera asertiva y resolutiva.

HERMANOS: Hermano (12 años) es un adolescente que está atravesando por subfase de la adolescencia temprana, por lo cual se ha mostrado un tanto ajeno a la problemática que aqueja a la paciente y a la familia en general y ha estado muy concentrado en sí mismo y en sus propias prioridades sin atender en absoluto ni las necesidades emocionales ni las físicas de Angelita.

PARIENTES SIGNIFICATIVOS: Abuela Paterna (70 años), viuda y con una excelente relación con Angelita, la comunicación con la paciente es muy buena y el apoyo que Angelita refiere haber recibido y estar recibiendo actualmente de su abuela es de tipo emocional y económico ya que la abuela es muy solvente económicamente, pues maneja un negocio exitoso.

MANEJO DE AFECTOS: los afectos en la familia son expresados con claridad, pueden tener muestras de cariño, de ternura e inclusive de enojo, sin necesidad tener que reprimir dichos afectos.

ACTITUD HACIA EL TRABAJO: es una familia responsable y trabajadora incluyendo a la paciente, pues a pesar de que actualmente las funciones corporales (por su mano accidentada); se han visto seriamente alteradas ella sigue participando en las obligaciones del negocio familiar y en las labores cotidianas del hogar, además de trabajar los fines de semana en una tienda de ropa.

ACTITUD HACIA EL DINERO: La familia de Angelita son personas trabajadoras que valoran el fruto de su esfuerzo, de tal manera que se puede considerar que son individuos que si tienen la capacidad para darle el justo valor al dinero.

RELIGION: católica, practicada con disciplina y apego a las reglas eclesiásticas.

ENFERMEDADES: La familia no ha sufrido una historia de enfermedades ni biológicas, ni mentales, aunque actualmente el padre padece de diabetes melitus, enfermedad que tiene muy controlada.

INDEPENDENCIA: la capacidad para realizar por sí misma las tareas cotidianas tanto de su vida como de la familia han sido aceptables para su edad cronológica (hasta antes del accidente); se considera que su capacidad para tomar decisiones y realizar sus proyectos es aceptable.

MITOS FAMILIARES, RITUALES: Angelita proviene de un familia muy tradicional, en donde los mitos familiares van muy acordes a las costumbres de una familia de clase media, que habita en una ciudad pequeña.

CAMBIOS DE RESIDENCIA: no ha habido cambios de residencia, solo que cuando entró a la universidad Angelita tuvo que vivir entre semana en otra

ciudad que no es su ciudad de origen, lo cual le ayudó a consolidar el logro de independencia esperada para su fase del desarrollo psicológico.

SITUACION ECONOMICA Y SOCIAL: la situación social de la familia de origen de Angelita es aceptable, debido que se trata de una familia sociable y sin antecedentes antisociales. La situación económica actual, es precaria debido al reciente accidente que sufrió la paciente, pues los gastos médicos han sido por vía privada, lo cual ha desvalanceado importantemente la economía de la familia que hasta este incidente había sido estable.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS HEREDITARIOS Y FAMILIARES: no existen antecedentes heredo patológicos de relevancia.

PERSONAL

EVENTOS SIGNIFICATIVOS: separación temporal de los padres cuando ella tenía 6 años por motivo de diferencias en el manejo de la economía, la separación duró 5 meses; Accidente automovilístico.

HISTORIA PRENATAL: la joven refiere que su madre asegura que aunque ella no fue planeada cuando se dieron cuenta del embarazo de la mamá se pusieron muy contentos y desde entonces ha recibido muestras de cariño y aceptación por parte de ambas familias.

NACIMIENTO

LACTANCIA: fue amamantada con leche materna por espacio de 6 meses.

DESTETE: el destete fue de manera paulatina, y se le cambió de leche materna a biberón de forma pausada, hasta que la niña a la edad de 11 meses aceptó tomar leche en vaso preparador.

CONTROL DE ESFINTERES: fue educada por las abuelas (materna y paterna) debido a que la mamá y el papá trabajaban durante el día y parte de la noche. La educación con los esfínteres se considera sin algún evento significativo.

NIÑEZ: no hubo eventos significativos.

EDAD ESCOLAR: La adaptación al plantel escolar fue bueno, solo lloró los 3 primeros días, hizo rápidamente amiguitas, y solía ser la consentida de las profesoras; su desempeño académico ha sido regular y su capacidad para cumplir con las reglas académicas ha sido favorable.

PUBERTAD: La entrada a la pubertad fue tomada con ansiedad, pues en la familia se había hablado poco sobre sexualidad, menstruación y cambios hormonales, pero finalmente fueron las profesoras de secundaria quienes le dieron contención en esa época.

ADOLESCENCIA: Hubo cambios de humor, en ocasiones solía sentirse tranquila y feliz y por cualquier motivo esta sensación de felicidad se esfumaba dando le paso a una sensación de tristeza o bien de enojo.

INICIO DE LA SEXUALIDAD

MENARCA: tuvo su primer periodo menstrual a los 12 años con 8 meses sin ninguna alteración significativa.

PRIMERAS EXPERIENCIAS SEXUALES: hasta la fecha de la evaluación psicológica la paciente refiere que aún no ha tenido experiencias de tipo sexual debido a que ella considera que la virginidad es algo valioso. Y que hay que cuidarla hasta encontrar a una persona que verdaderamente la ame y lo ame; o bien hasta el matrimonio.

RELACIONES INTERPERSONALES: Antes del accidente la joven era sociable y con capacidad para hacer relaciones emocionalmente profundas (maduras) a

pesar de su edad cronológica, sin embargo esto actualmente se ha visto perturbada pues Angelita no quiere convivir socialmente y se ha retraído emocionalmente incluyendo la relación con su novio.

METAS: Ser profesionista, casarse, tener 2 hijos, trabajar profesionalmente y viajar.

ELECCION VOCACIONAL: En el momento del accidente la joven adolescente estudiaba la carrera de contabilidad, pero actualmente ha decidido dejar la carrera para estudiar la licenciatura en educación especial.

EXAMEN MENTAL

Se trata de una paciente cooperadora, que viste con un atuendo bien aliñado y que se observa con fases depresivas, su lenguaje es un tanto lento y su pensamiento expresa ideas pesimistas acerca de su propio futuro; calificando de “irresponsables” a los conductores que no revisan sus vehículos antes de salir a la carretera; no existen, sin embargo, ideas delirantes ni tampoco alteraciones de la percepción social, aunque si de su imagen corporal, su nivel cultural es medio y se aprecia como una persona con un buen nivel de inteligencia. Su afecto se estima como francamente depresivo.

CONDUCTA: congruente con su edad y sexo.

ESTADO AFECTIVO: depresivo y ansioso.

DISCURSO: coherente.

PENSAMIENTO: con una buena capacidad de abstracción, y con un análisis racional y razonable asertivo.

ESTADO DE CONSCIENCIA: no existen, ideas delirantes ni tampoco alteraciones de la percepción.

FUNCIONES INTELECTUALES: persona con un buen nivel de inteligencia.

EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE

a) OBSERVACION EN LAS ENTREVISTAS

b) EXAMENES DE LABORATORIO

c) EXAMENES DE GABINETE:

1) Inventario Multifásico de la personalidad para adulto -MMPI-2- . Autor: S.R Hathaway.

2) Sucesos de vida para Adolescentes. Autor: Emilia Lucio

DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO

EJES MULTIAXIALES

Eje I F06.32 Trastorno del estado de ánimo debido a Proceso de duelo, con síntomas depresivos [293.83].

F81.0 Trastorno de la lectura [315.00].

Eje II Z03.2 No hay diagnóstico, características de personalidad histriónica [V71.09].

Eje III Otitis media, recurrente [382.9].

Eje IV: reciente accidente automovilístico, en donde pierde la totalidad de su mano derecha incluyendo por supuesto la función de la misma; cambio de carrera universitaria; pérdida de su relación de noviazgo de 2 años.

Eje V EEAG = 55 (en el inicio de su proceso psicoterapéutico) EEAG = 80 (en el alta).

3.3 RESULTADOS POR EJES

A continuación se resumirán los hallazgos analíticos de un caso de una paciente que sufrió la pérdida de un miembro superior derecho (mano); el objetivo de este apartado es ofrecer una orientación sobre el tipo de información que se genera mediante el trabajo analítico con esta paciente adolescente que esta sometida a procesar un trabajo de duelo debido a la pérdida sufrida. Los hallazgos se presentan a partir del uso de tablas. El trabajo psicoterapéutico duró un aproximado de 18 meses.

Esta prestación se encuentra dividida en 4 rubros, mismos que pertenecen a los ejes temáticos. El número de sesiones en este apartado indica el número de sesiones que se utilizaron para hacer los cortes psicodinámicos, las sesiones se describen por bloques de acuerdo al material que se va obteniendo del caso. Cabe mencionar que este apartado no se considera un eje temático, sirve únicamente para organizar cronológicamente la información adquirida a lo largo del proceso psicoterapéutico.

- a) Procedimiento psicoterapéutico de corte psicoanalítico trabajado en el proceso de duelo.
- b) Pérdida
- c) Proceso de duelo
- d) Líneas de trabajo para la Reestructuración yoica.

A continuación se presentan los resultados en base a los ejes temáticos planteados.

Número de sesiones	Eje 1. Proceso psicoterapéutico trabajado en el duelo	Eje 2. Pérdida	Eje 3. Proceso de Duelo	Eje 4. Líneas de trabajo para la reestructuración yoica
1-10	<p>En este eje se resumirá los hallazgos analíticos en un solo caso: una paciente que sufrió una pérdida física y ello le sometió a un proceso de duelo normal. Se trabajó con la técnica psicoanalítica en la modalidad de psicoterapia expresiva.</p> <p>La característica más impactante del caso de esta paciente fue su relativa normalidad a pasar del hecho de que sufrió de una pérdida física muy significativa "casi la totalidad de la mano derecha" Claro que esto se debió al hecho de que el primer paso del proceso de duelo es la negación. En un primer momento dicha negación le estaba impidiendo la capacidad de expresar todos los sentimientos que estaba viviendo debido a su pérdida.</p> <p>Cuando se lleva a cabo la primera interacción con la joven paciente. Llega acompañada de sus padres, los cuales llegan notablemente muy consternados a explicarme que 15 días antes su hija había sufrido un accidente automovilístico, en el cual había perdido casi la totalidad de su mano derecha, al ver a la joven me doy cuenta que su apariencia física es de una persona que esta perfectamente combinada; incluyendo el guante que trae para cubrirse la herida de su mano pues es rosa como su blusa, sus zapatos y sus accesorios.</p>	<p>Después de la pérdida de un objeto de amor (en el caso de Angelita el miembro físico superior) el yo de la paciente buscó cumplir el objetivo de elaboración de la pérdida, recurriendo a diversos métodos que le ayuden a evitar el peligro, los métodos a los que ella recurrió fueron principalmente el uso de los mecanismos de defensa para evitar la sensación de peligro, la angustia y el displacer.</p>	<p>Los mecanismos de defensa que utilizó la paciente en este primer periodo de su proceso psicoterapéutico, le procuraban al yo en cierta forma un proceso de duelo más aligerado, donde el yo pudo expresarse mediante elemento que le brindaron realidades disfrazadas capaces de proporcionarle a su yo un resguardo para continuar con su vida.</p>	<p>La primera intención era obtener la información para realizar la historia clínica pertinente, de igual manera obtener el diagnóstico, la clave psicodinámica y la línea de tratamiento que se llevaría a cabo con esta joven.</p> <p>Después de un periodo de evaluación, donde se utilizó como herramientas la entrevista, la historia clínica, , el uso de tests Psicometricos y la técnica psicodinamica aplicada a los adolescentes. La evaluación se realizó y concluyó en 3 sesiones.</p>

Número de sesiones	Eje 1. Proceso psicoterapéutico trabajado en el duelo	Eje 2. Pérdida	Eje 3. Proceso de Duelo	Eje 4. Líneas de trabajo para la reestructuración yoica
1-10	<p>T.- Cómo te sientes Angelita con lo que te pasó? Con una sonrisa nerviosa la joven me dice P: _ Yo estoy bien solo que me preocupa un poco ver que mis papás están mal. T.- Porque crees que tus papás están mal? P.- La verdad no sé porque, yo estoy bien lo peor ya pasó y estoy viva.</p> <p>T.- Crees que este accidente ha influido para que haya algunos cambios en la vida familiar? Después de pensar por largo período de tiempo ella dice... P. si, pero nada a lo que uno no se pueda adaptar, yo me siento bien y voy a lograrlo. Con esta primera sesión se pudo percibir que el estado psíquico de la joven era de una negación total de los hechos, además de que también estaba utilizando como forma de defensas los mecanismos de la formación reactiva, la negación, la proyección, y la intelectualización. Las posteriores sesiones se tornaron de la siguiente manera. T: Cómo vas Angelita? P.- Me siento cómo confundida, cómo que no me puedo concentrar muy bien en lo que hago, además también me he estado enfermado mucho no se porque. T.- Enfermando? ¿A qué te refieres? P.- Pues la semana pasada me dio gripe, después tuve dolores en la cabeza muy fuertes, y ahorita me siento con mucho dolor en el estómago. T.- Has sentido algún otro malestar? P.- Pues si, también tuve mareos, y tuve dificultades para poder respirar.</p>	<p>En este caso los mecanismos de defensa (negación, formación reactiva, proyección, intelectualización y desplazamiento) le sirvieron a Angelita como mediadores entre las instancias del aparato psíquico, debido a que el conflicto entre las instancias fue inevitable.</p>	<p>En esta parte del duelo se pudo observar que sus mecanismos de defensa eran fundamentalmente ambivalentes tanto podía servir a Eros como a Tanatos, a las demandas individuales como a las sociales, al Ello o al superyo, sin embargo se cuidó de que todo ello estuviera siempre en compromiso con el yo. (Con la capacidad de análisis objetivo, realista y razonable). Este fue un parámetro importante para ir observando, analizando y cuidando el proceso de duelo de la paciente; ya que en la medida en que los mecanismo de defensa se esforzaron por reprimir o evitar los conflictos es la medida que se tomó ir haciendo el análisis pertinente a este caso.</p>	<p>La línea de trabajo en esta primera parte del proceso se basó en observar el estado del yo. El cual estaba: PRUEBA DE REALIDAD Confusión de los estados interiores y exteriores, al despertar, dormirse o bajo tensión severa.(9). JUICIO: molesta con las preguntas, renuente a hablar de su estado emocional, poca impulsividad.(9). SENTIDO DE REALIDAD Mucho esfuerzo para integrar roles sociales, el sentido de identidad depende mucho del exterior, auto imagen vaga. (9) REGULACIÓN Y CONTROL DE LOS IMPULSOS. Notoriamente hipo activa en la acción la mayor parte del tiempo o movimiento de ansiedad, afecto, lábil.(5). RELACIONES DE OBJETO 13. El sujeto pudo describir dos o más relaciones duraderas, cercanas y positivas, con capacidad para sentir a los demás cercanos aún cuando el otro no este presente.</p>

Número de sesiones	Eje 1. Proceso psicoterapéutico trabajado en el duelo	Eje 2. Pérdida	Eje 3. Proceso de Duelo	Eje 4. Líneas de trabajo para la reestructuración yoica
1-10	<p>P.- Y emocionalmente cómo estás? P.- bien solo que un poco preocupada porque con mis distracciones no estoy tendiendo buenas calificaciones en la escuela.</p> <p>Después de este comentario la paciente se salió del tema (como una forma de resistencia) habló sobre sus compañeros y maestros; se le permitió porque con esa actitud la paciente estaba manifestando que era necesario que ella tuviera más tiempo para poder enfrentar su pérdida.</p>	Seguía la negación por la aceptación del objeto aniquilado	En esta parte del proceso terapéutico la joven presentaba una negación de lo acontecido. Sonreía continuamente (formación reactiva). Como una manifestación de desfazamiento de sus emociones; con lo cual se pudo concluir que de acuerdo a las fases del duelo que propone Parkes ella se encontraba en la primera etapa del proceso de duelo conocida como parálisis y conmoción.	<p>PROCESO DE PENSAMIENTO</p> <p>Vaguedad o falta de claridad ocasionales, pensamiento obsesivamente preciso o cierta dificultad para la secuencia de las funciones cognoscitivas (9)*.</p> <p>REGRESIÓN ADAPTATIVA AL SERVICIO DEL YO</p> <p>Tiene la capacidad limitada para fantasear o usar la imaginación y el humor para resolver los problemas.(9).</p> <p>FUNCIÓN DEFENSIVA</p> <p>El sujeto cambia entre la negación masiva y los estados disfóricos, ansiedad libre flotante y defensividad conductual.(5).</p> <p>BARRERA DE ESTÍMULOS</p> <p>.-umbral mínimo a la sensibilidad de la conciencia hacia sí mismo. (5)*.</p> <p>FUNCIÓN AUTÓNOMA</p> <p>Considerable interferencia en las funciones autónomas, lagunas mentales, se siente abrumada.(5)*.</p> <p>FUNCIÓNAMIENTO SINTÉTICO INTEGRATIVA.</p> <p>7. Sentimientos mezclados, la ambigüedad y la paradoja son</p>

				<p>a menudo problemáticos, provocan vacilación y sentimientos de estar dividido o es relativamente inconsciente de a ambivalencia, la contradicción o conflicto. (7)*.</p> <p>DOMINIO Y COMPETENCIA El sujeto trata de hacer todo ella misma. Rara vez experimenta goce o satisfacción por sus propios esfuerzos.(5)*. (Bellak, L, 1993).</p> <p>Los números situados entre paréntesis significa el grado de maduración yoica con la que cuenta la paciente. Para hacer esta evaluación se usó el test de la evaluación de las funciones del yo (EFY) que propone Bellak, (1993).</p>
--	--	--	--	---

Número de sesiones	Eje 1. Proceso psicoterapéutico trabajado en el duelo	Eje 2. Pérdida	Eje 3. Proceso de Duelo	Eje 4. Líneas de trabajo para la reestructuración yoica
11- 30	<p>Después de realizar la historia clínica y determinar la estructura psíquica con la que contaba la joven se determinó la estrategia de trabajo que se llevaría a cabo en las siguientes sesiones para trabajar el duelo.</p> <p>T.- Hola Angelita como has estado?</p> <p>Px.- No me he sentido bien, no sé porqué estuve llorando toda la semana y le dije a mi papá que ya no quería vivir.</p> <p>Tx.- Platícame un poco más sobre esto.</p> <p>Px.- Estaba en mi cama y de pronto quise levantarme para ayudar mis papás en el restauran, y me costó mucho trabajo poder abrocharme los zapatos, le grité mi hermano para que me ayudara a ponérmelos, pero no me escuchó, entonces me solté llorando.</p> <p>Tx.- Y como es que le dijiste a tu papá que ya no querías vivir?</p> <p>Px.- Cuando se dieron cuenta que no me había presentado en el restauran mi papá fue a ver que pasaba y fue que me encontré en la terraza de la casa.</p> <p>Tx.- Que estabas haciendo ahí?</p> <p>Px.- No me he sentido bien, y te vas a asustar pero si he pensado en matarme porque creo que nada va a ser igual, me he convertido en un estorbo y mi novio solo está por lástima conmigo.</p> <p>Tx.- Porque crees que eres un estorbo?</p> <p>Px.- Porque ya no tengo mano.</p>	<p>En base a esta pérdida Angelita también perdió seguridad básica, las relaciones que mantenían con el mundo externo cambiaron y se volvieron frágiles.</p>	<p>El duelo sin lugar a dudas tiene lugar en cualquier pérdida, y en el caso de Angelita esto no fue la excepción; dicho duelo primero comenzó con la manifestación de los mecanismos de defensa de la negación, la proyección y la formación reactiva; dichos mecanismos de defensa se manifestaron en conductas tales como que ella no hablaba para nada de su dolor (negación) y solo se limitaba a reír y a hablar sobre muchachos y conquistas,(formación reactiva) y proyectaba sus emociones en sus amistades diciendo que ellos estaban enojados y amargados; sin embargo, a este punto del proceso psicoterapéutico la negación ya estaba dando paso a la realidad, mediante la racionalización, donde por medio de constante estimulación, se le fue ayudando a desarrollar una lógica racional y razonable en base a la objetividad de los hechos reales que le ayudaron a estar mas en contacto con su realidad. Situación indispensable para que el proceso de duelo avance por el camino del duelo normal, cuidando de que no se fuera por el rumbo del duelo patológico.</p>	<p>La línea de trabajo en esta parte del proceso también se basó en observar el estado del yo.</p>

Número de sesiones	Eje 1. Proceso psicoterapéutico trabajado en el duelo	Eje 2. Pérdida	Eje 3. Proceso de Duelo	Eje 4. Líneas de trabajo para la reestructuración yoica
11-30	<p>Con esta frase la paciente se soltó llorando lo cual se le permitió sin interrupciones. La paciente lloró con mucho dolor y rabia. Después de su catarsis la joven se disculpa. Tx.- no tienes porque disculparte, se que tienes razón en tener tantas dudas, y tanto dolor. Con esta frase la joven lloró casi hasta el final de su sesión. Las sesiones posteriores se tornaron con un toque similar, ella lloraba con un intenso dolor y enojada me preguntaba porque le había pasado a ella eso, además decía continuamente en las sesiones...</p> <p>Px.- porque me pasó a mi? Si yo he sido una buena hija, no soy una chava antrera, ni tampoco majadera con mis papás, además ni siquiera he tenido relaciones sexuales con mi novio, porque he respetado a mis padres.</p> <p>Tx.- te siento muy enojada</p> <p>Px.- y tu no lo estarías?</p> <p>Tx.- porque estas tan enojada?</p> <p>Con esta confrontación la joven lloró durante un largo periodo de su sesión, dentro de su llanto emanaba frase como: porque a mi?, ha de ser mentira que Dios existe, o porque me castiga de esta manera etc etc.</p>	<p>En esta fase del proceso del duelo normal se pudo percibir que todas esas emociones emanaban de un profundo descontento del yo por la pérdida sufrida.</p>	<p>Puede sorprender que una paciente que recientemente ha sufrido un accidente en el cual hubo amputación de uno de sus miembros pueda sacarle algún provecho a una psicoterapia psicoanalítica, ya que esta es al fin y al acabo, una cura de conversación.</p> <p>Al observar que Angelita ya estaba rumiando sobre la pérdida se pudo percibir que ya se había pasado a la siguiente fase (preocupación y tristeza profunda); sin embargo aun se estaba muy lejos de considerar superada la pérdida</p> <p>Como parte de esta fase del proceso de duelo las sesiones se vieron cristalizadas por sentimientos de tristeza, dolor, angustia, temor desconsuelo, soledad, vacío, impotencia, enojo, nostalgia.</p>	<p>Ya en esta etapa del proceso terapéutico se había pasado a la conciencia de la pérdida del objeto amado. (Miembro superior derecho).</p>

Número de sesiones	Eje 1. Proceso psicoterapéutico trabajado en el duelo	Eje 2. Pérdida	Eje 3. Proceso de Duelo	Eje 4. Líneas de trabajo para la reestructuración yoica
11- 30	<p>Después de realizar la catarsis y seguir observando el comportamiento de la joven para determinar la estructura psíquica con la que ella contaba se determinó la estrategia de trabajo que se llevaría a cabo en las siguientes sesiones.</p> <p>P.- Fijate Elva que mi papá ha sido un apoyo incondicional, es muy tierno y comprensivo a diferencia de mi mamá, que se la pasa regañándome y dizque dándome consejos.</p> <p>T.- Háblame un poco mas de cómo percibes a tu mamá y tu papá.</p> <p>Con esta intervención se buscó darle realidad la joven en cuanto a que estaba idealizando una figura parental (padre) y Satánizando a la otra (mamá y que ambas apreciaciones estaban fuera de realidad</p>	<p>Debido a la pérdida, la joven evaluada sufrió una regresión a la etapa de su desarrollo psicosexual donde ella se sintió más protegida, (fase edipica). Y fue en esta etapa del proceso psicoterapéutico que se pudo manifestar claramente el proceso regresivo.</p>	<p>Se le fue ayudando a desarrollar una lógica dónde hubiese una reacción adecuada y una adaptación en base a la objetividad de los hechos reales que le ayudaron a estar mas en contacto con su realidad. Situación indispensable para que el proceso de duelo avance por el camino del duelo normal, cuidando de que no se fuera por el rumbo del duelo patológico.</p>	<p>En esta fase del proceso terapéutico se promovió el contacto con la realidad, y la catarsis.</p>

Número de sesiones	Eje 1. Proceso psicoterapéutico trabajado en el duelo	Eje 2. Pérdida	Eje 3. Proceso de Duelo	Eje 4. Líneas de trabajo para la reestructuración yoica
11-30	<p>Las posteriores sesiones estuvieron matizadas de catarsis, enojo, y tristeza profunda.</p> <p>Muy enojada me platica que su vida se ha arruinado, que ya no puede ni siquiera abrocharse la liga del cabello, que se está peleando con todo mundo pero principalmente con su mamá y con su novio.</p> <p>Tx.- que es lo que te motiva a pelear?</p> <p>Px.- No sé me cae mal que quieran sobreprotegerme.</p> <p>T.- Que te hace sentir la sobreprotección?</p> <p>P.- Pues que soy una inútil.</p> <p>T.- Además parece que este comportamiento te recuerda la pérdida que sufriste.</p>	<p>El accidente ocasionó un ruptura en la continuidad yoica de Angelita, quién le había depositado un grado exhaustivo de energía libidinal a su objeto de amor ahora ausente (miembro físico superior derecho). Ya que cabe mencionar que hubo dicha ruptura de la continuidad yoica debido a que el miembro perdido (mano derecha) le simbolizaba la feminidad de la joven, y debido a la etapa del desarrollo por la que ella esta pasando (adolescencia propiamente dicha) su feminidad es un símbolo esencial para lograr la consolidación de su identidad.</p>	<p>Como parte de la segunda etapa del proceso de duelo normal (fase de preocupación y tristeza profunda); Angelita manifestó un dolor intenso y llantos prolongados, así Como diversas emociones como culpa e ira.</p>	<p>Durante buena parte de esta fase del tratamiento a la joven le siguieron asaltando pensamientos sobre su Objeto de amor perdido (mano derecha). En esta segunda etapa del duelo (fase de preocupación y tristeza profunda); las líneas de trabajo estuvieron concentradas reparar la discontinuidad yoica temporal que enfrentaba el yo de la joven paciente, se promovió a partir de acompañar, permitir la catarsis, y promover el continuo contacto con la realidad actual.</p>

Número de sesiones	Eje 1. Proceso psicoterapéutico trabajado en el duelo	Eje 2. Pérdida	Eje 3. Proceso de Duelo	Eje 4. Líneas de trabajo para la reestructuración yoica
31-50	<p>En esta etapa del tratamiento psicoterapéutico la joven aun se encontraba en la segunda fase del proceso de duelo (fase de preocupación y tristeza profunda); pero con tintes más reparatorios.</p> <p>T.- ¿Cómo has estado Angelita? P.- No sé, creo que bien. ¿Recuerdas que te comente en la sesión pasada? que ya no estaba a gusto en la facultad de contabilidad. T.- Si, y también recuerdo que me comentaste que deseabas cambiarte a la carrera de educación especial. Crees que estás influenciada de esa decisión por la pérdida de tu mano? P.- No se, no lo había pensado. Pero un accidente puede cambiar la vocación de una persona? T. No necesariamente, pero puede confundirte. P.- Mis papás no están de acuerdo; dicen que sería un año perdido, y como se sienten muy estresados por la economía debido a que como ya lo sabes yo no contaba con seguro y todas mis cirugías han tenido que ser en forma privada y eso ha sido caro a pesar de que el médico nos ha cobrado prácticamente solo el material.</p> <p>A estas alturas de su accidente la joven había sido intervenida 5 veces.</p> <p>T.- Es comprensible la postura de tus papás, pues recuerda que te había comentado que cuando una persona sufre un accidente toda la familia lo sufre.</p>	<p>Las primeras semanas luego de pasar a la segunda fase de su proceso de duelo normal la joven continuaba con un número importante de síntomas fisiológicos, pero ya en esta etapa del tratamiento , la joven había salido de su proceso de negación y se acercó un poco más a la realidad de su pérdida.</p>	<p>Como parte de su segunda fase del proceso de duelo a la joven la seguían asaltando pensamientos obsesivos acerca de su objeto de amor perdido. Debido a su conducta compulsiva ella comenzó a utilizar las defensas maniacas (5 cirugías, entre ellas una liposucción).</p>	<p>En esta fase del tratamiento las líneas de trabajo para la reestructuración yoica se basaron en construir significados, e interpretar la experiencia y dar sentido a los acontecimientos. Ya que en este caso se consideró que era especialmente relevante que la paciente encontrara un significado a lo que le sucedió, para así evitar que se instalaran como parte de sus defensas los mecanismos maniacos, ya que debido a que ella había sufrido experiencias de repetida depresión, y ansiedad, el yo de Angelita intentó utilizar todas las defensas disponibles para evitar esa sensación de desesperación intolerable y ello podía llevarla al aprendizaje del uso de defensa maniacas.</p> <p>Por lo que se trabajó en base a la contención y la catarsis y cuando el dolor y la amenaza fueron disminuyendo las defensas maniacas iban cediendo gradualmente su lugar a la reparación.</p> <p>En este momento de su tratamiento se cuidó mucho de que dichas defensas (maniacas) no fueran excesivamente fuertes, para que no se establecieran círculos viciosos y se formaran puntos de fijación que interfirieran en el curso de su duelo normal.</p>

Número de sesiones	Eje 1. Proceso psicoterapéutico trabajado en el duelo	Eje 2. Pérdida	Eje 3. Proceso de Duelo	Eje 4. Líneas de trabajo para la reestructuración yoica
31- 50	<p>Las posteriores sesiones estuvieron matizadas de reflexión acerca del cómo iba a adaptarse a su nueva condición tanto física, personal, familiar como universitaria. (aunque todavía estaba en la segunda etapa del proceso de duelo)</p> <p>T.- Que decisión tomaste en relación a tu universidad? P.- Aún no estoy segura porque mis papás no están de acuerdo en que cambie de carrera; además te quería comentar que ya no estoy tan segura de continuar con la relación con mi novio. Con este comentario la joven guardó silencio, no como resistencia sino como un espacio que ella necesitaba para hacer su análisis; yo no dije nada solo espere que ella reflexionara. Después de unos minutos la joven comentó</p> <p>P.- Tú crees, mi novio opina que desde el accidente yo he estado diferente pero no es real, lo que pasa es que el anda de coqueto con otra chica. T.- Háblame un poco más de eso.</p> <p>Ella ocupó varias sesiones para hacer análisis del como estaba su relación de noviazgo actualmente.</p>	<p>En esta etapa se pudo percibir claramente que como parte de la pérdida la joven estaba recreando un soporte en el complejo de castración que había experimentado en la etapa Edípica.</p>	<p>Sin duda alguna la discontinuidad de su forma de vida, y el análisis de que el objeto de amor ha sido aniquilado (miembro físico) evocó en la paciente una tortura, un vacío, pero ya estaba buscando la comprensión mediante la unión dual de la resignación y la realidad.</p>	<p>Como parte de la reestructuración yoica se trabajó en la resolución de fracturas que requirió experimentarlas conscientemente para ir las resolviendo y así dejar fluir el impulso de vida.</p>

Número de sesiones	Eje 1. Proceso psicoterapéutico trabajado en el duelo	Eje 2. Pérdida	Eje 3. Proceso de Duelo	Eje 4. Líneas de trabajo para la reestructuración yoica
31-50	<p>En esta etapa de su proceso la joven continuaba hablando sobre el cómo le había cambiado la vida en todos los aspectos después del accidente.</p> <p>T.- Te veo un tanto inquieta pasa algo? P.- Volví a caer en... como dices tu? T.- En una crisis? P.- Si. T:- Que pasó? P.- Me volví a subir a la terraza y estuve llorando, creo que mi novio y yo ya no estamos bien. T.- Asocias esta problemática con la pérdida de tu mano? P.- Si, creo que como la chica con la que él quiere andar está completa, le parece mejor opción. T.- Está completa, a que te refieres? Con esta intervención a la joven se le rasaron los ojos y comentó... P.- Tú sabes ella sí tiene sus dos manos. T.- Y eso significa para ti ya no estar completa? P.- Sí, aunque dicen mis papás y mis amigos que soy una persona muy valiosa y que lo que no te mata te hace más fuerte, además de que si no me morí ha de ser por algo, tu qué opinas? T.-Creo que ellos tienen razón, además es importante que también veas lo que si tienes, ya has pensado sobre eso? P.- Lo que si tengo, a que te refieres? T.- A las cosas que te ayudan a salir adelante en tu vida. Con que crees que cuentas?</p>	La pérdida esta siendo integrada en su realidad yoica	En esta parte de su tratamiento, el duelo normal ya estaba venciendo la sensación de castración por la pérdida sufrida, sin embargo aún estaba en proceso de duelo lo que significó que ya que la joven paciente tenía que seguir haciendo análisis continuo en base a la realidad de su nuevo contexto.	La línea de reestructuración yoica se basó en la analogía de la pérdida del objeto aniquilado.

Número de sesiones	Eje 1. Proceso psicoterapéutico trabajado en el duelo	Eje 2. Pérdida	Eje 3. Proceso de Duelo	Eje 4. Líneas de trabajo para la reestructuración yoica
31-50	<p>Con esta intervención Angelita pensó unos momentos y luego contestó.</p> <p>P.- No sé es que el accidente ha sido tan duro para mí que todavía no sé cómo adaptarme, pero creo que cuento con mi familia.</p> <p>T.- Además de tu otra mano, de tus piernas, de tu inteligencia, de tu simpatía en fin, de muchas otras cosas más.</p> <p>P.- No sé, todavía no me adapto muy bien a mi cuerpo a mi nueva situación.</p> <p>T.- Recuerda que en momentos de crisis, es factible que se distorsione el origen del problema, inclusive se magnifique.</p> <p>P.- Te platiqué que tengo otro pretendiente.</p> <p>T.- Me doy cuenta que actualmente toda la problemática que vas teniendo en tu vida cotidiana la asocias con tu pérdida, no crees que estas distorsionando el origen de tus problemas?</p> <p>P.- No sé... no estoy segura, porque antes de mi accidente estamos muy bien, además también he estado peleando mucho con mi mamá.</p> <p>T.- Recuerda que la vida cotidiana no es estática sino dinámica y eso hace que las cosas puedan continuamente irse modificando inclusive sin que te pase un accidente.</p> <p>P.- Creo que tiene razón además esa chica y mi novio ya se echaban ojitos desde antes inclusive me dijeron que hace unos meses los habían visto en un baile juntos.</p> <p>T.- Antes de tu accidente</p> <p>P.- Sí,</p> <p>T.- Que hiciste</p> <p>P.- Nada porque él lo negó y yo le quise creer.</p>	<p>El contacto con la realidad de la pérdida había sometido a la paciente a la sensación de angustia y había disminuido su capacidad de análisis racional y razonable</p>	<p>Aunque estaba avanzando en su proceso de duelo normal, la joven seguía experimentando cierta aniquilación yoica.</p>	<p>Se promovió el abandono inevitable de su objeto aniquilado basándose en su capacidad analítica (psicología del yo).</p>

Número de sesiones	Eje 1. Proceso psicoterapéutico trabajado en el duelo	Eje 2. Pérdida	Eje 3. Proceso de Duelo	Eje 4. Líneas de trabajo para la reestructuración yoica
31- 50	<p>T.- Dices que también has estado pelando mucho con tu mamá háblame un poco más de eso.</p> <p>P.- Todo lo que me dice me molesta, además ella está siendo muy agresiva con mi papá.</p> <p>T.- A que te refieres?</p> <p>P.- de todo pelea, y no lo baja de inútil porque cree que por su culpa nos falta dinero.</p> <p>T.- Antes de tu accidente también había problemas entre ellos por dinero.</p> <p>Con esta pregunta la joven se quedó pensando por unos instantes y contesto...</p> <p>P.- No porque aunque no somos ricos el negocio había sido suficiente para resolver las necesidades de toda la familia.</p> <p>T.- Entonces es comprensible que tu mamá se sienta tan deprimida por la situación que lo ha estado manifestado en irritabilidad, e inconscientemente ha estado buscando culpables por el cambio que ha llegado a tu familia.</p> <p>P.- Pero no existen culpables, ya lo comprendí y creo que tengo que hablar con ella porque no quiero que ella esté actuando tan equívocamente y siga empeorando la situación.</p> <p>T.- Creo que es una buena idea y que otra cosa se te ocurre que puedas hacer para mejorar la situación?</p> <p>P.- No sé, creo que mejor termino con mi novio.</p> <p>T.- Considero que es un poco apresurada esa decisión en base a que ni siquiera tienes claro que es lo que está pasando, además recuerda que estas en crisis y cuando un individuo está en crisis no es el mejor momento para tomar decisiones importantes.</p>	<p>La pérdida era ampliamente reconocida y en proceso de recuperación.</p>	<p>Sus pulsiones de muerte o destructivas (tanatos) ya estaban dando paso a la energía libidinal de vida o construcción (Eros)</p>	<p>Se trabajó en la fractura de su yo y poco a poco se ayudó a la unificación de las organizaciones definitiva (yo).</p>

Número de sesiones	Eje 1. Proceso psicoterapéutico trabajado en el duelo	Eje 2. Pérdida	Eje 3. Proceso de Duelo	Eje 4. Líneas de trabajo para la reestructuración yoica
31-50	<p>P.- Entonces con lo referente a la facultad de contabilidad también va a ser preferible que me espere un tiempo para decidirlo.</p> <p>T.- Creo que ese tiempo va ayudar tanto a tu familia como a ti a aclarar las cosas.</p> <p>P.- Voy a pensarlo</p> <p>T.- Como vas con lo de tu mano, con tu última cirugía estas satisfecha con los resultados?</p> <p>P.- No me he atrevido a verme, pero yo le tengo mucha fe al doctor y se que esta haciendo lo que está a su alcance.</p> <p>Con la capacidad de análisis sobre la situación actual, y su capacidad de comprensión y resolución, se pudo percibir que el proceso psicoterapéutico estaba al final de la segunda fase del proceso de duelo normal de la joven Angelita.</p>	De acuerdo a su dialogo dentro del proceso psicoterapéutico de corte psicoanalítico, se pudo percibir que había una clara resignación de la pérdida.	Las pulsiones de muerte o destructivas (tanatos) ya eran prácticamente inexistentes.	<p>En la fase final de la segunda etapa del proceso de duelo normal se trabajó en la interrelación de la catexis (concepto de carácter económico, que hace referencia a aquella parte de energía psíquica que se asocia la zona del cuerpo), para medir los procesos y trasposiciones en el ámbito de su recuperación.</p> <p>También se trabajo con la pulsión de auto conservación para ligarla nuevamente al yo.</p>

Número de sesiones	Eje 1. Proceso psicoterapéutico trabajado en el duelo	Eje 2. Pérdida	Eje 3. Proceso de Duelo	Eje 4. Líneas de trabajo para la reestructuración yoica
51-70	<p>Fue en esta parte del proceso psicoterapéutico del duelo normal cuando la joven paciente entra ya en la tercera y última fase de su duelo, cabe mencionar que llegó a su sesión 51 tan solo 4 días después de haberse sometido a la 4 cirugía reconstructiva.</p> <p>T.- ¿Cómo vas Angelita? ¿Como te fue en tu cirugía? P.- Creo que bien, aunque me dolió muchísimo. Después de este comentario habló por unos minutos de los detalles de su cirugía, como una forma de catarsis, lo cual se le permitió. P.- Elva, recuerdas que te dije que no me atrevía a verme mi mano, que cuando me hacían curaciones me volteaba para otro lado. T.- Si, si lo recuerdo y también recuerdo que comentaste que el día que te vieras tu mano ibas a llorar durante días. P.- Bueno eso fue antes pero ahora pienso diferente, ahora quiero verme ya mi mano, pero quiero que sea aquí en el consultorio, por si me pongo mal no asusto a mis papás. T.- Cuando quieres que lo hagamos? P.- La próxima cita, para recuperarme un poco más de mi cirugía y no moverme ahorita el vendaje. T.- Estoy de acuerdo contigo, pero antes voy hablar con tu cirujano para que me de las indicaciones pertinentes y no lastimarte. P.- No creo que eso pase, creo que lo peor ya pasó como dijo mi mamá, aunque si estoy muy asustada.</p>	<p>En esta etapa del tratamiento la joven ya no mencionaba su objeto aniquilado con reproches e intolerancia a la pérdida sino, que lo mencionaba como una forma de resignación y reacomodo.</p>	<p>El duelo normal estaba venciendo sin duda la pérdida del objeto amado, sin embargo mientras persistía su proceso de duelo seguía absorbiendo de igual modo parte de la energía del yo.</p>	<p>En el desarrollo de este caso se utilizó el procedimiento psicoanalítico del trabajo de duelo normal, y como la paciente se encontraba en la entrada de la tercera fase de su duelo (Recuperación) se seguía trabajando con la inclinación a deslindar la vida del muerte en base a la renuncia del objeto aniquilado. (Parkes, 2002).</p>

Número de sesiones	Eje 1. Proceso psicoterapéutico trabajado en el duelo	Eje 2. Pérdida	Eje 3. Proceso de Duelo	Eje 4. Líneas de trabajo para la reestructuración yoica
51-70	<p>En las posteriores sesiones se destapó su mano la observó, lloró (por un espacio corto). Lo cual se le permitió.</p> <p>P.- Aunque me sigue doliendo mucho creo que tenias razón cuando me dijiste que las pérdidas nos someten a crisis y que las crisis se pueden superar, aunque no se si me voy a sentir totalmente bien.</p> <p>T.- A qué te refieres con totalmente?</p> <p>P.- Es que mi abuela dice que después de un accidente grave ya nada es igual.</p> <p>T.- ¿Y tú que opinas de lo que dice tu abuela?</p> <p>P.- No sé a veces estoy más optimista que otros días, todavía me siento muy insegura.</p> <p>Con ese comentario a la chica le brillan los ojos con una luz especial y dice.</p> <p>P.- Aunque fíjate que el fin de semana fuimos a un baile y me encontré con un antiguo amigo y dice que le parezco muy hermosa.</p> <p>T.- Me gusta verte tan emocionada.</p> <p>P.- Pero como yo traía la mano cubierta le dije que a lo mejor no sabía lo que me había pasado y me contestó que desde que pasó el accidente está enterado y que no le importa que yo siga siendo la misma y hasta más bonita. Crees que sea verdad lo que él dice?</p>	<p>Ahora que estaba completamente conciente y clara la pérdida, el tratamiento tomó otro giro, y este fue cuidar que la resignación y recuperación fuera real y no parcial, y que los mecanismos de defensa utilizados (sublimación, intelectualización, desplazamiento) sirvieran de recuperación no como una negación de lo acontecido.</p>	<p>La paciente ya estaba en la creencia de que podía encontrar en su futuro un estado de existencia apacible y lleno de cosas prometedoras.</p>	<p>Estimular la retirada de la energía libidinal que era dirigida hacia el objeto de amor perdido, para lograr una real reestructuración yoica.</p>

Número de sesiones	Eje 1. Proceso psicoterapéutico trabajado en el duelo	Eje 2. Pérdida	Eje 3. Proceso de Duelo	Eje 4. Líneas de trabajo para la reestructuración yoica
51-70	<p>T.- Veo que aún tienes dudas del como te vas a acomodar a tu nueva condición. P.- a mi nueva condición? T.- Si, después de perder tu mano derecha siendo tu diestra, has tenido que hacer cambios importantes en tu vida cotidiana.</p> <p>En esta etapa de su proceso Angelita ya había abandonado la facultad de contabilidad y estaba haciendo trámites para entrar a la licenciatura de educación especial, también ya había dejado la relación de noviazgo porque el joven decidió hacerse de otra novia, la relación con su padre se había hecho mas estrecha y con su mamá mas madura, la relación social se estaba fortaleciendo como era de esperarse con una joven de su edad (adolescencia tardía), salía continuamente a fiestas y paseos con jóvenes amigos.</p> <p>T.- Angelita me gustaría retomar el tema de lo que dijo tu abuela acerca de que después de un accidente ya nada es igual. P.- Si y te pregunte tú que opinabas y no me contestaste nada.</p>	<p>En este momento el Yo se vio obligado a aceptar la pérdida para poder seguir con vida.</p>	<p>Cuando la joven retiró la libido del objeto aniquilado pudo empezar depositarla en otros objetos de amor (nueva facultad, otro novio, amigos nuevos).</p>	<p>Se le ayudó a la joven a aceptar la aniquilación de su objeto de amor (miembro físico derecho superior) para seguir trabajando en la reestructuración yoica.</p>

Número de sesiones	Eje 1. Proceso psicoterapéutico trabajado en el duelo	Eje 2. Pérdida	Eje 3. Proceso de Duelo	Eje 4. Líneas de trabajo para la reestructuración yoica
51-70	<p>T.- Opino que tiene razón, no se puede negar que cuando existe un evento que cambia la forma habitual de vivir ya se por situaciones económicas, físicas, familiares, sociales debemos darnos cuenta que ya nada será igual, para así poder planear nuestra nueva forma de vivir en base a eso cambios.</p> <p>P.- De la manera como lo dices me da la impresión de que si cambia la vida pero no necesariamente para mal.</p> <p>T.- Hablar de cosas malas en manera general es muy ambiguo no acabaríamos, me gustaría mejor que habláramos en base tu vida.</p> <p>P.- Creo que si estuvo muy feo mi accidente, pero ahora comprendo que tenía que pasar por ciertas cosas para darme cuenta de que la vida es mucho mas valiosa de lo que yo imaginaba y es por ello que decidí dejar la facultad de contabilidad.</p> <p>T.- Cómo asocias la vida hermosa con la universidad?</p> <p>P.- Yo no tengo vocación para ser contadora, no me emociona la carrera, nunca me emocionó lo hice solo para ayudar a la administración del negocio de mis papás y porque mi papá me dijo que siempre quiso ser contador y no pudo porque mi mamá se embarazó de mi cuando ellos eran muy jóvenes y se tuvieron que casar.</p> <p>T.- Entonces lo que realmente me estas diciendo es que te has sentido responsable de que tu papá no sea profesionalista.</p>	Dejó de tener pensamientos obsesivos sobre su pérdida.	El duelo normal había vencido el dolor y la sensación de castración, el acercamiento con la realidad pronuncio la llegada de la resolución, es decir la sensación de castración no existe más.	La línea de reestructuración en esta fase consistió en deslindar o separar la pérdida, esto se logró en base al análisis continuo de la realidad.

Número de sesiones	Eje 1. Proceso psicoterapéutico trabajado en el duelo	Eje 2. Pérdida	Eje 3. Proceso de Duelo	Eje 4. Líneas de trabajo para la reestructuración yoica
51-70	<p>T.- Eso te hizo sentirse responsable y querer regresarle su esfuerzo de algún modo? Pienso unos momentos acerca de esta intervención y contestó</p> <p>P.- ¿Pero porque todo cambió con el accidente? T.- sería importante que lo descubrieras.</p> <p>Se río y dijo...</p> <p>P.- Nunca me dices nada claro; pero aunque eso me caía muy mal al principio ya lo entiendo, lo que quieres es que yo aprenda a pensar.</p> <p>T.- Porque después del accidente crees que tienes mayor libertad para tomar tus decisiones? P.-Creo que no lo hizo a propósito.</p> <p>T.- Te refieres a que no te influyeron para que tomaras esa carrera de manera consciente? P.- Si pero me gusta más usar mis términos, los tuyos no los entiendo muy bien.</p> <p>T.- Ok. , te escucho.</p> <p>P.- Creo que después de accidente ellos también vieron la posibilidad de que yo hubiera muerto y... No se, no se como explicarlo, tengo la idea en la mente pero no sé como expresarla</p> <p>T.- O sea que lo que me estas diciendo es que el accidente no solo te ayudó a ti replantear tus prioridades sino también a tus papás? P.- O sea que ellos también han madurado con esto – se río y dijo...</p> <p>P.- Bien dice mi abuela, que no hay mal que por bien no venga.</p>	Era claro que ya existía una plena resignación de la pérdida, debido a que el apetito y el ritmo del sueño habían vuelto a la normalidad.	En esta etapa del su tratamiento, es decir, en la tercera fase del duelo normal, (Recuperación) se pudo percibir que el yo ya estaba ha disposición de su planes futuros.	La línea de reestructuración en esta fase consistió en deslindar o separar la situación de pérdida, apegados totalmente a la realidad; es decir, se evitó que la joven malinterpretara o exagerara su pérdida magnificando el alcance de la misma.

Número de sesiones	Eje 1. Proceso psicoterapéutico trabajado en el duelo	Eje 2. Pérdida	Eje 3. Proceso de Duelo	Eje 4. Líneas de trabajo para la reestructuración yoica
51-70	<p>T.- Es obvio que cuando te sentiste más libre para tomar tus decisiones has hecho unos cambios importantes en base a tus prioridades.</p> <p>P.- Cambios que me hacen sentir mejor, no solo el cambio de mi carrera, sino que ahora que lo mencionas mi mamá siempre me dijo que el novio que tenía era un muchacho ideal aunque en realidad ni lo conocía bien pues una de las cosas que ya no soporté de él fue saber que estaba consumiendo cocaína.</p> <p>T.- Los cambios que has hecho en tu vida te han ayudado en algo?</p> <p>P.- Si no fuera porque ya estoy en educación especial y no hubiera conocido a S (nuevo novio), creo que me hubiera muerto de tristeza por lo de la pérdida de mi mano.</p> <p>T. Es importante tomar las propias decisiones, y responsabilizarse de ellas, pues ello implica un paso importante para lograr tu madurez.</p> <p>P. Además desde que me estoy haciendo cargo de mis propias decisiones creo que soy más cuidadosa para elegir .</p> <p>Se ríe y continua</p> <p>P. Pues si tomo decisiones equivocadas no voy a tener a quien echarle la culpa.</p> <p>Vuelve a reír y yo me río con ella.</p>	<p>En esta parte del tratamiento se pudo observar que ya existía una reconceptualización más amplia de las relaciones de objeto.</p>	<p>La conducta de la joven indicó que su Yo estaba ahora con toda la disposición de ofrecerle una nueva oportunidad, sin embargo aun existían ciertas dudas.</p>	<p>Se siguió trabajando en el restablecimiento de la continuidad yoica.</p>

Número de sesiones	Eje 1. Proceso psicoterapéutico trabajado en el duelo	Eje 2. Pérdida	Eje 3. Proceso de Duelo	Eje 4. Líneas de trabajo para la reestructuración yoica
71-80	<p>T.- Te veo diferente Angelita, pasa algo Con esta pregunta la joven se ríe picaramente y se levantó del sillón y dándose una vuelta completa me dice...</p> <p>P.- que me notas?</p> <p>T.- Te veo más delgada.</p> <p>P.- En la última cirugía que en realidad fue solo para retirar los puntos, el doctor me dijo que si quería aprovechábamos para hacerme una pequeña liposucción en el área de la cintura y de la cadera.</p> <p>T.- Te ves muy bien</p> <p>P.- estoy feliz, me estoy volviendo a sentir como antes del accidente</p> <p>T.- como?</p> <p>P.- Bonita, sexy, coqueta. Feliz.</p> <p>T.- Cómo vas en casa?</p> <p>P.- Fíjate que aunque ya no me peleo tanto con mi mamá, estoy muy preocupada porque sigo viendo distanciamiento emocional en mis papás.</p> <p>T.- Distanciamiento emocional? a que te refieres?</p> <p>Con esta pregunta la joven narró detenidamente la problemática que estaban pasando sus papás con sus pormenores.</p>	<p>En esta etapa de su proceso terapéutico la joven pudo comprender que la pérdida que ella había sufrido la habían sufrido todos los miembros de la familia y tenía que hacer un proceso de superación de duelo cada uno de los miembros de los integrantes de la familia.</p>	<p>El duelo normal había vencido el dolor y la sensación de castración, el acercamiento con la realidad pronunció la llegada de la resolución, es decir la sensación de castración no existe más.</p>	<p>Se siguió trabajando con el apego a realidad además de que se siguió estimulando a al joven para que terminara de clausurar la energía que tenía depositada en su objeto de amor perdido.</p>

Número de sesiones	Eje 1. Proceso psicoterapéutico trabajado en el duelo	Eje 2. Pérdida	Eje 3. Proceso de Duelo	Eje 4. Líneas de trabajo para la reestructuración yoica
71-80	<p>En las sesiones posteriores la joven se mostró muy cooperativa con su tratamiento, se le veía más ilusionada con la vida.</p> <p>T.- Cómo has estado?</p> <p>P.- Muy tensa por tanta tarea que tengo en la escuela. Pero de lo demás bien, bueno también tengo dudas en cuanto a mi novio.</p> <p>T.- Que pasa con tu novio?</p> <p>P.- lo he notado un poco distante, al principio de la relación era mas detallista y ahora se comporta un poco mas frío</p> <p>T.- Más frío?</p> <p>P.- Si, esta cambiando</p> <p>Silencio</p> <p>P.- No me gusta cuando no dices nada</p> <p>T.- creo que es importante que respete este tiempo para que puedas escuchar lo que estas diciendo</p> <p>P.- No te entiendo</p> <p>T.- Habíamos platicado anteriormente que la vida no es estática, y las relaciones interpersonales tampoco lo son, sino que son dinámicas – cambiantes- de tal manera que tendrás que aprender a distinguir entre cambios normales o esperables, y adaptarte a estos cambios o bien a distinguir si en verdad esta pasando un problema</p>	<p>Se pudo observar una clara renuncia al objeto de amor aniquilado, ya que el renunciar el yo de la joven se enfrentó a un trabajo que le permitió encontrar nuevos objetos de amor.</p>	<p>En esta etapa del su tratamiento se pudo percibir que el Yo ya estaba a disposición de su planes (Recuperación)</p>	<p>La línea de trabajo en esta etapa se basó en ayudar a la joven a que las nuevas elecciones de objeto de amor estuvieran hechas en base a la realidad objetiva.</p>

Número de sesiones	Eje 1. Proceso psicoterapéutico trabajado en el duelo	Eje 2. Pérdida	Eje 3. Proceso de Duelo	Eje 4. Líneas de trabajo para la reestructuración yoica
71-80	<p>Ya es esta parte del tratamiento psicoterapéutico la joven ocupaba sus sesiones prácticamente para hacer análisis de sus planes futuros, para que yo le ayudase a analizar una u otra circunstancia de la vida cotidiana y pudiera tomar su mejor decisión.</p> <p>T.- Angelita he analizado detenidamente tu proceso de duelo, y he podido observar que esta prácticamente superado, de tal manera que creo que es el momento de empezar a despedirnos.</p> <p>Con este comentario la joven se quedó un momento pensando con actitud de contrariedad.</p> <p>T.- Veo que te ha sorprendido mi comentario.</p> <p>P. Creo que me estaba acostumbrando a venir cada semana a platicar contigo. Porque me gusta hablar de mis cosas íntimas con alguien que le tenga toda la confianza pero que al mismo tiempo no sea de la familia.</p> <p>T.- Gracias por tu confianza Angelita, pero que opinas de mi comentario anterior?</p> <p>P. ¿A que te refieres cuando dijiste que mi duelo ya esta prácticamente superado?</p> <p>T. He podido observar que tu pérdida esta prácticamente superada, porque te he visto ilusionada con nuevos proyectos y porque ya no hablas de tu accidente, si te das cuenta las sesiones las ocupas para hablar sobre lo que hablaría una chica de tu edad que no está en proceso de duelo.</p>	<p>En esta fase se le vio claramente preparada para emprender nuevas relaciones y continuar con su vida</p>	<p>La joven necesitó tiempo para procesar su duelo, tiempo para comprender y aceptar los sentimientos que implicaban su pérdida. Pero en este momento de su proceso de duelo ya se habían cumplido en gran medida los pasos esperados en el camino del duelo. (parálisis y conmoción, preocupación y tristeza profunda y recuperación) (Parkes 2002).</p>	<p>La línea de reestructuración en esta fase consistió en deslindar o separar la pérdida con la realidad. Para ello se requirió de incorporar en la joven la creencia de que las perdidas eran algo natural en la vida de un sujeto y ello ayudó a la resignación.</p>

Número de sesiones	Eje 1. Proceso psicoterapéutico trabajado en el duelo	Eje 2. Pérdida	Eje 3. Proceso de Duelo	Eje 4. Líneas de trabajo para la reestructuración yoica
71-80	<p>Las sesiones posteriores de este bloque siguieron el mismo tenor, es decir, la joven hablaba de los pequeños malentendidos que tuvo con su novio, de las cosas que no le gustaban en casa, de que tiene mucha tarea, de que abrieron un nuevo bar para jóvenes en su ciudad natal, en que entró a trabajar más horas para tener dinero y comprarse la ropa de moda, de que existe otro pretendiente y esta muy confundida porque el otro chavo también le mueve el tapete etc etc. es decir, la problemática normal y esperable para los jóvenes de su edad.</p> <p>T.- ¿Cómo has estado Angelita?</p> <p>P. un poco confundida, fijate que mi mamá se enojó porque le dije que iba salir con unas amigas al bar del pueblo y me fui a la casa de mi novio a una comida y ella se dio cuenta y nos volvimos a pelear.</p> <p>T. a que le llamas pelear?</p> <p>P. bueno ella me dijo que no le gustaba que le dijera mentiras, pero lo que más me enojó fue que me dijo que seguramente me había ido a un motel con mi novio.</p> <p>T. Recuerda que tu mamá también esta pasando por un proceso de duelo y ello le hace ser un poco menos objetiva en su análisis,</p> <p>P. Esta en un estado de confusión como estaba yo al principio del tratamiento?</p> <p>T. Si, de tal manera que sería importante que la comprendieras como ella te ha entendido a ti y que hables con ella sobre sus miedos, sobre su dolor.</p>	Era claro que ya existía una plena resignación de la pérdida	<p>En este momento terapéutico la joven se encontraba en una lucha intensa lucha por recuperar su emoción por la vida.</p> <p>Esto se estaba logrando en gran medida porque la joven ya tenía completamente descatectizada la imagen corporal anterior al accidente. Ella ya estaba logrando catectizar la nueva imagen corporal.</p>	La línea de trabajo que se utilizó en esta fase del proceso, no solo fue basada en que se diera un restablecimiento del estado previo del equilibrio del yo, sino que se promovió que se enriqueciera la estructura psíquica al ganar una mejor experiencia para apreciar a otros sujetos y a otros acontecimientos, es decir, se le hizo conciente con lo cuenta, lo que si tiene.

Número de sesiones	Eje 1. Proceso psicoterapéutico trabajado en el duelo	Eje 2. Pérdida	Eje 3. Proceso de Duelo	Eje 4. Líneas de trabajo para la reestructuración yoica
81-90	<p>Como parte de la última etapa del proceso terapéutico, se usó el tiempo en hacer una remembranza de los logros obtenidos en su proceso y de de las ventajas de ello.</p> <p>T.- Angelita esta es nuestra última sesión ¿como te sientes?</p> <p>P. Bien estoy tranquila, sobre todo porque me hiciste ver que el tiempo que ocupaba en venir a verte ahora lo pudo ocupar en otras cosas que también pueden ser productivas, además se que si algo se ofrece puede volver a verte ¿verdad?</p> <p>T.- Claro que si, recuerda que las puertas de este consultorio van a estar siempre abiertas para ti. Pero recuerda que se cuidó detenidamente tu estado psíquico, se fueron observando tus avances y se pidió la opinión a un tercer profesional (supervisor) y fue así como se tomó la decisión de darte de alta, es decir, no es una decisión al vapor, por lo que te digo con toda confianza que tu duelo ha sido superado</p> <p>P.- Gracias, te deseo que estés bien y que la Angelita que te regale te cuide siempre.</p> <p>T.- Suerte.</p>	<p>Con desprecio, insatisfacción, indiferencia y al disgregación y al escuchar la forma en que la paciente se expresaba de su mundo objetal y de si misma fue cuando pude comprender que ya nada de lo anteriormente escrito pasaba por la mente de la joven paciente y se pudo comprender que era precisamente lo contrario; es decir sus frases estaban llenas de impulso se vida (EROS); de motivación y esperanza; es cuando se pudo comprender que era el preciso momento de darla de alta de su proceso terapéutico.</p>	<p>El proceso de duelo había sido totalmente resuelto ello se pudo constatar claramente en que la joven ya no presentaba confusión, ni rabia, además tampoco daba manifestación de depresión o de deseos de morir, su recuperación era inminente y se podía ver en cada esfera de la joven. Ella se unió a otra carrera universitaria, la cual le daba mucha motivación, tenía una relación de noviazgo que le era satisfactoria, su esfera de amigos no estaba alterada, además la relación con su familia estaba mejorando en base a que ella había aprendido a comprender de una manera mas madura e inteligente la dinámica de su familia y ello le ayudó a dejar de ser impulsiva; pero lo mejor de todo es que ella había aprendido a catectizar su nueva imagen corporal.</p>	<p>La línea de trabajo para la reestructuración yoica, en esta fase final del tratamiento consistió en cuidar que la joven no desarrollara una dependencia emocional innecesaria hacia la psicoterapia, además de enseñarla a ser independiente y a fortalecer su identidad.</p> <p>En esta fase final también se trabajó el desprendimiento paulatino de la psicoterapia.</p>

3.4 ANALISIS DE RESULTADOS POR EJES

La joven Angelita es una mujer diestra de 18 años. Es soltera, Proviene de una familia de clase media, y cuando sufrió el accidente estudiaba primer semestre de contabilidad en la Universidad del Estado. Había tenido 12 años de educación formal. Ella sufrió un accidente automovilístico (siendo pasajera de un autobús foráneo para asistir a la Universidad que está en una ciudad diferente de la que ella vive). Las consecuencias físicas de su accidente fueron la pérdida de la totalidad de la mano derecha y la ruptura de 2 costillas. Este accidente dejó a la joven con una importante discapacidad de sus funciones motrices superiores (tanto motricidad fina como gruesa). Pronto se hizo obvio que no iba a recuperar suficientemente las funciones motrices con las que contaba previo al accidente, motivo por lo cual los padres de la paciente se encuentran extremadamente angustiados; mientras que Angelita no da muestras de gran preocupación ya que no se da cuenta de lo que está pasando (debido al uso del mecanismo de defensa de la negación).

El análisis de los resultados que a continuación se presenta se realizó con base en los ejes temáticos planteados al inicio de la investigación los cuales son los siguientes:

EJE 1. PROCESO PSICOTERAPÉUTICO TRABAJADO EN EL DUELO

El desarrollo del tratamiento se elaboró con un fundamento psicoanalítico que se basa en los principios teóricos y técnicos del psicoanálisis, dentro de un proceso interpersonal, consciente y planificado, orientado a influir entre los trastornos del comportamiento, y en las situaciones del sufrimiento, con medios psicológicos, generalmente verbales con una finalidad muy bien definida que fue el ayudar a un individuo a procesar una pérdida, para que así se logre cumplir con los criterios necesarios del proceso de duelo normal, y es mediante este método que se espera haya reducción de los síntomas o bien la

reestructuración yoica que le ayude a la reestructuración de la personalidad. Dicho método de investigación psicoanalítico consiste en adquirir el mayor conocimiento posible de las tres instancias psíquicas que constituyen la personalidad, así como de sus relaciones intrapsíquicas y con el mundo exterior.

El psicoanálisis es un método de investigación que consiste esencialmente en evidenciar o hacer consciente, la significación inconsciente de las palabras, actos, producciones imaginarias como pueden ser los sueños, fantasías, pensamientos, sentimientos, propósitos y deseos del individuo, es decir; su meta primordial es hacer consciente lo inconsciente.

Este método tiene sus soportes en la asociación libre, la instauración de una adecuada alianza de trabajo, la interpretación de sueños, la interpretación y comprensión por parte del psicoterapeuta de corte psicoanalítico de la transferencia y contratransferencia, de la comprensión de las resistencias del sujeto de estudio, que garantiza su validez y utilidad a través de la interpretación, la transferencia y la capacidad de insight por parte de paciente.

El método psicoanalítico se fundamenta y se rige a través de normas generales que cumplan criterios tales como; la asociación libre, atención flotante y la neutralidad por mencionar algunas y en el caso de Angelita se utilizaron cada una de las técnicas mencionadas.

En este eje se resumirá los hallazgos analíticos en un solo caso: una paciente que sufrió una pérdida física y ello le sometió a un proceso de duelo normal. Se trabajó con la técnica psicoanalítica en la modalidad de psicoterapia expresiva. La característica más impactante del caso de esta paciente fue su relativa normalidad a pasar del hecho de que sufrió de una pérdida física muy significativa “casi la totalidad de la mano derecha”

Claro que esto se debió al hecho de que el primer paso del proceso de duelo es la negación. En un primer momento dicha negación le estaba impidiendo la capacidad de expresar todos los sentimientos que estaba viviendo debido a su pérdida.

a) La asociación libre

Mediante la asociación libre la paciente le comunicó a su terapeuta, de forma verbal todo lo que iba acudiendo o atravesando por su mente en ese momento, lo cual ayudó importantemente en el proceso psicoterapéutico, ya que de este modo se pudo ir percibiendo el estado Yoico de la joven evaluada. La técnica consistió en incitar a la joven a que espontáneamente dijera todo lo que viniera a su mente a partir de un determinado elemento, es decir, que expresara sin discriminación todos los pensamientos que vienen a su mente, ya sea a partir de un elemento dado (palabras, número, imagen de un sueño, representación cualquiera), o de forma espontánea.

b) Atención flotante

La atención flotante, es una actitud subjetiva que asume el psicoterapeuta, al momento de escuchar el discurso del paciente, se recomienda que el profesional no favorezca elemento alguno de lo que habla el analizado, no que no se fije en nada en particular del discurso de está, lo cual implica que el analista deje funcionar lo más libremente posible su propia actividad inconsciente y suspenda las modificaciones que habitualmente dirigen la atención. Esto fue lo que precisamente se trató de llevar a cabo en el proceso terapéutico de Angelita ya que se escuchó libremente todo el discurso de la joven para poder escuchar sus mensajes inconscientes y de esta forma ir analizando el estado intrapsíquico actual, también mediante la atención flotante se logró el fortalecimiento de la alianza terapéutica, y la comprensión de los elementos inconscientes que acompañaron el tipo de transferencia y

contratransferencia que se formó en este caso, para así ir determinando las intervenciones pertinentes.

c) La neutralidad

Otra técnica que se usó en el tratamiento de este caso fue la conocida neutralidad terapéutica, que anteriormente fue definida como una actitud del profesional de no emitir juicios ni valores de cualquier índole, el analista debe de permanecer neutro sin influir en el paciente. En el caso de Angelita la neutralidad fue una de las técnicas que ayudaron importantemente en el tratamiento para que se siguiera fortaleciendo la alianza de trabajo, para ir definiendo la actitud que se debía de ir tomando durante la cura, ya que se trató a la joven sin juicios, con atención, con respeto, con neutralidad ante sus dudas sexuales, su excesivo apego religioso, etc. Dentro de su proceso no se dirigió la cura en función de un ideal cualquiera, y hubo abstencionismo en relación a dar cualquier consejo. Se analizó la transferencia y se optó por la neutralidad con respecto a las manifestaciones transferenciales, para no entrar en el juego inconsciente de la paciente, también se usó la técnica de la neutralidad en cuanto al discurso de lo analizado, es decir, no se concedió preferencia o no se le dio mayor importancia, a un determinado fragmento o a un determinado tipo de tema con sus diferentes significaciones.

EJE 2.PÉRDIDA

a) Conflicto entre el sujeto y objeto aniquilado

Después de la pérdida de un objeto de amor (en el caso de Angelita el miembro físico superior) el yo de la paciente buscó cumplir el objetivo de elaboración de la pérdida, recurriendo a diversos métodos que le ayuden a evitar el peligro, los métodos a los que ella recurrió fueron principalmente el uso de los mecanismos

de defensa para evitar la sensación de peligro, la angustia y el displacer. En este caso los mecanismos de defensa (negación, formación reactiva y desplazamiento) le sirvieron a Angelita como mediadores entre las instancias del aparato psíquico, debido a que el conflicto entre las instancias fue inevitable.

Es importante no dejar de lado que el proceso de duelo normal por la pérdida sufrida en este caso era necesario para así evitar se convirtiera en un duelo patológico que terminara dejando a la paciente con una condición yoica muy disminuida, por lo tanto, en este momento terapéutico se le ayudó a la joven paciente a comprender y aceptar los sentimientos con respecto a la pérdida de su objeto amado, en su proceso psíquico, para que así empezara a incorporar la realidad de su condición actual; ya que solo de esta manera se podría pretender comenzar con la renovación de su estructura personal. De tal manera que al estar Angelita de duelo por una pérdida sufrida, se trabajó en hacer referencia al aniquilamiento mismo.

Se pudo percibir también que este proceso de transformación estaba afectando tanto a las imágenes del mundo interno del yo como del objeto al que se abandona (distorsión corporal). La pérdida que estaba experimentando Angelita estaba situando a su yo en una condición de duelo, la pérdida sufrida de la paciente en estos momentos era percibida como insustituible y en este caso se podría considerar como una forma de enfrentamiento con la castración; dicha pérdida experimentada en el yo fue transformándose poco a poco en ira, temor, y confusión.

En este momento terapéutico también se pudo percibir claramente que el yo había sido troquelado por la pérdida, debido a la imagen del ideal ausente (mano derecha), por lo que se prosiguió a ayudar al yo a deslibidinizar el objeto aniquilado, para así separar la libido de la imagen del yo del objeto amado y ofrecerle al yo nuevos ideales.

b) El yo frente al objeto aniquilado

En esta etapa del proceso terapéutico de Angelita la negación había cedido en gran medida, sin embargo, aún no se podía considerar que ya existía aceptación total, debido a que en ocasiones ella seguía sin querer nombrar el accidente por su nombre con todos los cambios que ello implicó. Por lo que el proceso continuó en el sentido de seguir haciendo conscientes los sentimientos inconscientes que estaban ligados a su pérdida; ya que en el momento en que ella nombraba su pérdida con palabras, la palabra llegaba a sus sensaciones y por supuesto estas sensaciones ayudaban a hacer consciente todos los sentimientos relacionados a la pérdida y por ende la acercaron a la realidad, proceso indispensable para poder superar cualquier tipo de pérdida.

Por momentos se podía percibir claramente la manifestación del impulso de muerte, (cuando pensaba que ya nada sería igual, que ya no serviría para nada, que era mejor morir, que la falta de su mano implicaba el que ella dejaba de ser una chica atractiva y sexy). Por ello se siguió trabajando en el proceso de separación (del objeto de amor), para así ayudarla a que se acercara más al impulso de vida, y siguiera fortaleciendo el deseo de catectizar otros objetos de amor (escuela, novio, crecimiento como persona, etc).

Debido a la pérdida que sufrió Angelita el yo se vio amenazado desde sus raíces, por lo que también se vio involucrada la identidad personal, incluyendo la identidad corporal, ya que ella manifestaba que nunca más iba a ser la misma y que la falta de su mano implicaba que ahora estaba mutilada y un ser mutilado es un ser de segunda mano o de menos valor dentro de la sociedad; por lo que como parte del proceso de duelo también se trabajó con la distorsión de la identidad, distorsión que fue sucumbiendo en forma lenta; para lograr avances en el vencimiento de la distorsión de la identidad se trabajó arduamente con el fortalecimiento de la identificación que se funda en la

identidad ya que ha sido previamente adquirida no puede abandonarse y ser sustituida repentinamente en el yo. De tal manera que se trabajó con el proceso de regresión al servicio del yo. Se continuó trabajando con el fortalecimiento del impulso de vida (Eros) ya que el impulso de vida le ayudaría a buscar otros objetos de amor. Y ello le ayudaría a madurar en su estructura personal.

Se fueron desanudando una a una las expectativas que Angelita tenía con respecto al objeto perdido, en dicha técnica hubo intensificación de los recuerdos lo cual hizo más complicada la elaboración del duelo, por lo que aún con lo intenso que pareció el proceso en este momento no se dejó de lado la técnica; sin embargo, se cuidó mucho de no caminar en círculos en el proceso de duelo, mediante la continua observación de los procesos intrapsíquicos de la paciente, por lo que se hizo hincapié en demarcar tiempos y espacios además se cuidó de que no cayera en pensamientos obsesivos, repetitivos, con tono de victimización y con poca capacidad analítica, y resolutiva.

Un elemento que fue de gran ayuda en la superación de pérdida de Angelita fue el hacer uso de sus huellas mnémicas, ya que ella contaba con objetos primarios de amor bien integrados que ayudaron en gran medida a la superación de dicha pérdida.

c) Resignación del sujeto frente al objeto perdido

En esta parte del proceso terapéutico del caso Angelita, la pérdida ya estaba plenamente identificada, por lo tanto, el siguiente paso fue seguir ayudando a la joven a dejar de darle un significado erróneo a lo sucedido; esta tarea no fue fácil debido a que se manifestaron ciertos rasgos del complejo de castración, complejo que se pudo percibir en frases tales como “ya no valgo igual, nadie me va a querer, nada va a ser igual, no voy a poder hacer tal o cual cosa etc.” A pesar de que no fue tarea fácil, parte de la estrategia terapéutica fue el ayudar a la paciente experimentar conscientemente todas las sensaciones ligadas a su

pérdida, ya que esta era la única forma que se tenía en este caso para que Angelita dejara fluir su impulso de vida (Eros). Para lograr lo anteriormente dicho se llevó a la joven al punto de que renunciara definitivamente al objeto de amor perdido (miembro superior derecho), para así deslindar la vida de la muerte y por ende acercarla a la vida; en este momento de pronto Angelita sufrió ciertas regresiones (al servicio del yo), las regresiones se manifestaron como posturas vagas de miedo a no poder lograr la cura total y el miedo a no poder enfrentar la nueva forma de vida, ya que el aceptar la muerte es un proceso de continuidad por la vida.

Debido a que se estaba frente al caso de un duelo normal y este sin duda vence la sensación de castración por la pérdida (que se había manifestado como parte de su proceso de duelo), se pudo observar mientras persistió que este absorbió parte de la energía yoica lo cual prolongó más de lo previsto el proceso (1 año 10 meses); pero el tratamiento tuvo su base en hacer que Angelita tuviera continuamente contacto con realidad, y de este modo se logró la resolución; ya que el no dejarse morir implicó la búsqueda de una nueva identidad del yo (nueva escuela, novio, nuevos amigos, nuevas formas de percibir las cosas relevantes de la vida). Sin embargo, es importante considerar que el deslindarse del amor que se siente por una parte del sí mismo no es tarea sencilla por lo tanto se puede concluir que el avance resultó de manera lenta y pausada.

La retirada de la energía libidinal que era dirigida hacia el objeto de amor perdido, se había transformado en su propia reestructuración; ahora la joven había logrado mayor maduración yoica, y una reestructuración de su vida en donde las condiciones actuales le obligaron a revalorar tanto su entorno social como su vida en general.

La aceptación de la aniquilación, es decir, cuando se dio la resignación la joven aparte de poder observar su pérdida y su cambio de vida real y radical, fue un

paso relevante para lograr la cura, es decir, para lograr que la energía libidinal de la joven regresara al yo, y la energía depositada nuevamente en el yo estuvo a disposición de la paciente. Es por ello que ya en esta parte del proceso la joven había vuelto a la universidad, buscó y encontró nuevos amigos, aprendió a empatizar y comprender a las personas que por algún motivo tenían un caso similar al de ella (diplomado de lenguaje de señas), con esto se pudo percibir claramente que los mecanismos de bajo nivel que la paciente utilizó al inicio de su proceso de duelo (negación, formación reactiva, aniquilación), ahora se habían convertido en mecanismos de defensa de más alto nivel (sublimación, desplazamiento, intelectualización). Lo cual le estaba permitiendo su reparación. A pesar de haber manejado en ciertos momentos el uso de defensas maniacas como lo fue en el querer hacerse de manera compulsiva (maniaca) diversas cirugías en poco tiempo, por ejemplo la liposucción.

EJE 3. PROCESO DE DUELO

Los mecanismos de defensa que utilizó la paciente en este primer periodo de su proceso psicoterapéutico, le procuraban a la joven en cierta forma un proceso de duelo más aligerado, donde el yo pudo expresarse mediante elementos que le brindaron realidades disfrazadas capaces de proporcionarle a su yo un resguardo para continuar con su vida.

a) Retiro de la energía libidinal del objeto de amor

En este momento del duelo el análisis de la joven aún no se basaba en un análisis realista; pues en esta etapa de la pérdida Angelita se encontraba en un instante en que el interés por la vida estaba lejos de la investidura yoica, ante tales constataciones el yo de la paciente se volvió más desconfiado, por lo que se manifestó una indiferencia ante cualquier situación que la rodeaba; por ejemplo perdió el interés por la facultad de contabilidad y dejó de arreglarse físicamente; en esta etapa de su proceso de duelo Angelita tenía nula

capacidad para mandar su energía al yo, es decir, tenía nula capacidad para depositarle a otro objeto de amor su energía libidinal, esto estaba dado tanto para si misma como para otra persona.

El yo de la paciente procedió de manera diferente ante los acontecimientos que estaba enfrentando después de la pérdida y dicha situación dio como resultado un desequilibrio en su estructura psíquica, con pérdida del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad para elegir un nuevo objeto amoroso y por último el apartamiento de la energía libidinal sobre su antigua imagen corporal que se manifestó con su rechazo contundente hacia su nueva imagen.

Como es bien sabido el proceso de duelo descarga actitudes de aflicción debido a una determinada pérdida, que contiene un reflejo de dolor que incluye también cierto desinterés por el mundo exterior, estos son actos que fluyen del Yo, donde fácilmente se comprende que reside una inhibición y un debilitamiento Yoico, mediante los cuales se expresa una entrega incondicional al duelo que nada deja para otros propósitos ni para otros intereses y es precisamente en esta etapa en la que la joven paciente se encontraba.

En estos momentos de su proceso de duelo la negación comenzaba a ceder, por lo que existía en ella un sentimiento de impotencia para controlar los acontecimientos de la vida, se sentía invadida por una sensación de vulnerabilidad, se sentía perpleja y confundida, con sentimientos de incredulidad unidos a la creencia irreal de recuperación de su mano, (cirugías reconstructivas de manera frecuente); protestaba continuamente sobre su estado actual.

En esta fase el yo de Angelita se empezó a enfrentar a una separación obligada, aún rompimiento de la continuidad yoica. Ella comenzó a sentir a menudo que estaba bajo un estado de ansiedad y desesperación que no cambiaría y no acabaría, ya que las sensaciones que estaba experimentando

no disminuían con respecto a su intensidad, sin embargo, dentro del rubro de los profesionales de la salud mental se sabe que esto es parte del proceso, en un momento dado el yo se enfrasca en la desviación libidinal que le ha producido su objeto perdido.

Procesar un duelo aunque este sea considerado duelo normal no es tarea fácil, es un proceso paulatino que requiere de un tiempo considerable y un intenso nivel de energía psíquica, que responda al mandato de la realidad; realidad que le diga a la joven que el objeto aniquilado ya no existe y es precisamente en la fase del duelo que ella se encontraba, es decir, en esta etapa de su duelo Angelita se manifestaba contrariada ante la pérdida ya que se negaba a soltar a su objeto de amor, esto se vio claramente en la insistencia casi obsesiva de la joven de someterse una y otra vez a cirugías de reconstrucción de su miembro superior derecho depositando en su médico una idealización, con la firme convicción de que el doctor le devolvería su mano, es decir, que el especialista le devolviera su imagen e identidad corporal pérdidas, sin embargo, esta idea le permitió una reconceptualización más amplia de las relaciones de objeto, y esta irreal creencia (idealización) y el continuo contacto con la realidad aunado con el tiempo ayudó a que se pudiera dar paso al siguiente fase de su proceso.

b) Regresión de la libido al yo

En este momento del duelo la paciente se encontraba en el inicio de la resignación, pues la negación había cedido por completo y la fase de enojo perplejidad, estaban cediendo poco a poco, en esta etapa el yo de la joven no se limitó a otorgarle una explicación a la ya no existencia del objeto aniquilado, sino que comenzó a buscar objetos sustitutos (nueva universidad, otros amigos, otro novio) ya que comenzó a vivenciar los nuevos objetos como entes que le podrían traer los mismos goces que los que obtuvo con el objeto perdido, de tal manera que los nuevos objetos fueron planteados como reemplazos; con ello se comenzó a hacer un desplazamiento de energía

libidinal que estaba depositada en la imagen corporal anterior del accidente hacia los nuevos objetos que recientemente estaban siendo catectizados. Los nuevos objetos (liposucción, estudiar educación especial, etc) estaban fungiendo como objetos reparadores.

En este momento de su duelo Angelita aceptó a su yo (estado actual) como débil, con una parte muerta, con una sensación de vacío, estos sentimientos fueron convertidos en una nueva identificación, y finalmente esto mismo la llevó a una reestructuración por la propia identificación de su nueva imagen. En este momento de su duelo la joven ya se había atrevido a vivenciar la muerte de su antigua imagen corporal y ello le estaba ayudando a su nueva reestructuración psíquica y a un equilibrio Yoico, ya que la pérdida de su mano la había llevado también a una pérdida de su identidad o a una distorsión de la imagen corporal.

En esta etapa se produjo una profundización de la relación de la paciente con sus objetos internos, por lo que se pudo percibir un aumento en la confianza de sí misma y el comienzo de un mayor aprecio por los nuevos objetos catectizados, ya que dichos objetos estaban demostrando ser buenos y útiles (prótesis de mano y otras opiniones médicas). Ya que ella esta retomando confianza y esperanza por la vida.

Durante esta etapa la depresión y la tristeza fueron testigos de que su proceso de duelo iba caminando, por lo que en este periodo la fatiga, las somatizaciones y la susceptibilidad aunque todavía estaban presentes su aparición ya cada vez menos frecuente.

El desinterés por parte de la joven para enviar nuevamente energía libidinal a otros objetos estaba finalmente cediendo, dándole de este modo su paso al impulso de vida, esto se pudo apreciar cuando la joven empezó a tener nuevamente inquietud por los muchachos, se preocupó por que había subido de peso y decidió someterse a una dieta que le ayudar a recuperar su peso anterior, además, de someterse a una cirugía estética (liposucción) y

preocuparse por las personas que estaban a su alrededor y padecían pérdidas similares.

En este momento del duelo la paciente tenía claro que su objeto amado ya no estaba presente y no regresaría, ello incitó a la joven a quitar toda la libido que había depositado en el objeto aniquilado, (imagen corporal anterior al accidente), sin embargo, esta renuncia llevó a Angelita a una profunda reflexión y a la innegable situación de pensar en una nueva forma de vida, y fue cuando comienza a catectizar su nueva imagen y su entorno tanto familiar como social, valoró más el amor y atención de sus padres .

c) El reencuentro con el objeto amado (Duelo como proceso de reparación).

El duelo que no es considerado como patológico cumple la función de ayudar al sujeto a su reparación; en esta última etapa de su proceso de duelo, el yo de Angelita ya se encontraba haciendo esta función, decir, se había dado un restablecimiento del estado previo del equilibrio del yo, además de esto se pudo observar cuando hubo manifestaciones de cierto enriquecimiento de la estructura psíquica, ya que la joven ganó mejor experiencia para apreciar a otros sujetos y a otros acontecimientos; con este enriquecimiento se produjo en la paciente una profundización consigo misma y con sus relaciones de objeto, lo cual se pudo percibir claramente cuando hubo manifestaciones de un aumento de confianza en si misma, en el futuro y en las demás personas; ya que Angelita aprendió a tener un mayor aprecio en otros objetos.

En esta etapa de su proceso psicoterapéutico la joven manifestaba continuamente su emoción por conocer otros países, por viajar a otras ciudades para ir a congresos de su nueva carrera universitaria (educación especial); también expresaba su emoción por conocer a los muchachos y aprendió a apreciar profundamente el gran esfuerzo que sus padres hicieron

para que ella estuviera bien, tanto en el sentido físico como psicológico, sin importar el desgaste físico, económico y emocional que tuvieron que hacer, estos nuevos objetos catequizados se han conservado y han demostrado ser útiles para la superación de su pérdida, de manera que esto sirvió para que la joven volviera a tener esperanza por su futuro.

Para determinar la fase del duelo en la que la paciente se encontraba se le realizó un examen de realidad, el cual mostró que para Angelita el objeto amado ya no existía más (miembro derecho superior), por lo que la joven decidió quitar toda la libido que tenía canalizada a dicho objeto (imagen corporal anterior al accidente). Lo que se esperaba en este caso era que prevaleciera el acatamiento a la realidad; lo cual no se cumplió enseguida, pasó un tiempo (12 meses) dónde hubo un considerable gasto, tanto de tiempo como de energía.

La energía que Angelita enviaba a su imagen corporal anterior del accidente (objeto amado) fue clausurada, ello por supuesto le provocó un intenso dolor; pero una vez cumplido el trabajo de duelo (como era ya en esta fase de su tratamiento) el yo de la paciente se volvió otra vez libre y desinhibido, es decir, se encontraba nuevamente con la capacidad de elegir un nuevo objeto para volver a amar, (nuevos amigos, escuela, nueva forma de ver su entorno, etc).

La teoría psicoanalítica ha mencionado que el fin del duelo es el alejamiento de lazos libidinales hacia el objeto de amor que ha sido aniquilado; y esto es lo que ya se había logrado con la paciente, de tal manera que el yo de Angelita admitió su renovación al experimentar su proceso de duelo, y decidió asumir las consecuencias que ello implicaba (enfrentarse a una realidad dolorosa, acoplarse a una vida diferente, etc); ello llevó a la paciente acrecentar su pulsión de vida.

En este período psicoterapéutico el duelo de Angelita ya había logrado su cometido de servir como un proceso de transformación de la estructura psíquica, que le ayudó a comprender su mundo interno y a pesar de que en un

momento dado dicha pérdida le afectó su visión de la realidad (ya no sirvo para nada, todo para mi se acabó, no valgo igual, otra chica que tenga su dos manos es mas valiosa que yo, nadie me va a querer, soy un monstruo); pero en este momento la renuncia al objeto aniquilado dió como resultado la transformación de la energía libidinal, energía que empezó a operar como un componente continuo de la estructura psíquica de la joven paciente.

EJE 4. LÍNEAS DE TRABAJO PARA LA REESTRUCTURACIÓN YOICA.

a) Trabajo que exige renunciar al objeto amado

La primera intención fue obtener la información para realizar la historia clínica pertinente y de igual manera obtener el diagnóstico, la clave psicodinámica y la línea de tratamiento que se llevaría a cabo con esta joven.

Después de un periodo de evaluación, donde se utilizó como herramientas la entrevista, la historia clínica, el uso de test Psicometricos y la técnica psicodinámica aplicada a los adolescentes. La evaluación se realizó y concluyó 45 días después del accidente.

En esta parte del duelo se pudo observar que sus mecanismos de defensa eran fundamentalmente ambivalentes tanto podían servir a su impulso de vida (Eros) como a su impulso de muerte (Tanatos); sin embargo, en ésta parte de su proceso psicoterapéutico se cuidó de que Angelita siempre estuviera analizando de manera racional y razonable la situación que estaba viviendo, es decir, se cuidó de que la joven no siguiera negando lo acontecido, pero que tampoco cayera en una fatalidad irreal; este fue un parámetro importante para ir observando, analizando y cuidando el proceso de duelo de la paciente; ya que en la medida en que los mecanismo de defensa se esforzaron por reprimir o evitar los conflictos es la medida que se tomó para ir haciendo el análisis pertinente a este caso.

La línea de trabajo en esta primera parte del proceso se basó en observar el estado del yo. El cual se encontraba de la siguiente manera:

PRUEBA DE REALIDAD

Confusión de los estados interiores y exteriores, al despertar, dormirse o bajo tensión severa. (9)*

JUICIO: molesta con las preguntas, renuente a hablar de su estado emocional, poca impulsividad.(9).

SENTIDO DE REALIDAD

Mucho esfuerzo para integrar roles sociales, el sentido de identidad depende mucho del exterior, autoimagen vaga. (9)

REGULACIÓN Y CONTROL DE LOS IMPULSOS.

Notoriamente hipoactiva en la acción la mayor parte del tiempo o movimiento de ansiedad, afecto, lábil, con cierta tendencia al acting out .(5).

RELACIONES DE OBJETO

El sujeto pudo describir dos o más relaciones duraderas, cercanas y positivas, con capacidad de conservar sentimientos cercanos hacia alguna persona aún cuando el otro no este presente (13).

PROCESO DEL PENSAMIENTO

Vaguedad o falta de claridad ocasional, pensamiento obsesivamente preciso o cierta dificultad para la secuencia del pensamiento. (9)

REGRESIÓN ADAPTATIVA AL SERVICIO DEL YO.

Humor, juego y fantasías son torpes o forzados, se siente carente de capacidad creativa. (7)*

FUNCIÓN DEFENSIVA

El sujeto cambia entre la negación masiva y los estados disfóricos, ansiedad libre flotante y defensividad conductual. (5)*.

BARRERA DE ESTÍMULOS

Umbral mínimo a la sensibilidad de la conciencia hacia sí mismo (5)*.

FUNCIÓN AUTÓNOMA

Considerable interferencia en las funciones autónomas, lagunas, se siente abrumado (5)*.

FUNCIONAMIENTO SINTÉTICO INTEGRATIVA.

Sentimientos mezclados, la ambigüedad y la paradoja son a menudo problemáticos, provocan vacilación y sentimientos de estar dividido o es relativamente inconsciente la ambivalencia, la contradicción o conflicto. (7)*.

DOMINIO Y COMPETENCIA

Varía irregularmente entre una actividad desesperada y darse por vencido. Las interacciones exitosas con el entorno vienen primordialmente del dominio pasivo o de la manipulación de los demás. La paciente se siente en base a su capacidad de dominio competencia se siente muy devaluada, con pocas habilidades y pocas oportunidades (3)*.

* El número que se encuentra entre los paréntesis significa la calificación que se le está otorgando al objeto de investigación según la prueba de las funciones yoicas de Bellak.

Bellak, L, (1993), evaluación de las funciones del yo, México, Ed. Manual Moderno.

Como es bien sabido el procesar un duelo no es una tarea fácil y en esta primera etapa de reestructuración yoica, se basó primeramente en conocer la estructura psíquica de la paciente; para posteriormente hacer un plan de tratamiento, el cual consistió en canalizar su energía libidinal para que respondiera al mandato de la realidad, para que pudiera racionalizar que su objeto amado ya no existe (imagen corporal anterior al accidente); de tal manera que al yo de la paciente no le quedó más remedio que romper con la continuidad de su energía libidinal emitida al objeto de amor y así poco a poco (como un proceso paulatino) la joven pudo ir asumiendo su pérdida. El análisis de la realidad permitió que el sujeto viera claramente el aniquilamiento del objeto amado, lo cual ayudó a evitar que la libido fuera remitida nuevamente a dicho objeto.

Mediante el trabajo de duelo se buscó que la joven aceptara su pérdida, para que el yo encontrara nuevamente su equilibrio readaptándose a la nueva realidad en ausencia del objeto que ha sido aniquilado, ya que el proceso de duelo interno consiste en aceptar la realidad de la pérdida, en encontrar una nueva identidad y construir nuevamente su vida. La búsqueda y el restablecimiento de la identidad fue una parte importante en su recuperación.

Las costumbres idiosincrásicas con las que contaba la joven ayudaron en gran medida a llevar el luto y por ende a procesar el duelo (ir a la iglesia, ofrecerle a Dios ese sufrimiento, creer que ese accidente tenía un significado, el creer que el no haberse muerto en ese accidente significaba que ella todavía tenía que cumplir con algún mandato de la vida, etc).

Sin embargo, para que el yo de la joven lograra obtener una disminución del grado de libido que era canalizada hacia el objeto amado, ameritó tiempo, sin embargo, parte de la estrategia de esta primera etapa de tratamiento fue precisamente lograr que Angelita renunciara a su objeto aniquilado; aunque este proceso requirió de ejercicio y maduración, y para lograrlo se le estimuló a

la joven para que buscara nuevos objetos, que en este caso, se trató de un sustituto dónde por medio del desplazamiento se lograra su recuperación. (Para lograr lo anteriormente mencionado se necesitó que la paciente contara con una dosis flotante de libido que le ayudara en su reestructuración).

Otra técnica que se utilizó en el proceso de la joven para su reestructuración yoica fue el implementar en ella una esperanza realista, además de ayudarla a desanudar la libido que era canalizada a su imagen corporal anterior del accidente, para ello se estimuló a Angelita para que cambiara los patrones de hábitos y las rutinas establecidas en el yo hacia el objeto amado, para que estos pierdan su curso, es decir llevarla a modificar los actos ante el objeto que ha sido aniquilado. Esta estrategia psicoterapéutica tenía como objetivo llevar a la joven a que abandonara los patrones antiguos de comportamiento para así hacer modificaciones aplicados a la nueva condición tanto física, como psicológica y familiar; para tal efecto se le ayudó a su yo a que se prepara para el siguiente capítulo de su vida.

b) El duelo es un proceso social

El trabajo de duelo que se llevó a cabo con la joven paciente constituyó una reacción desde su estructura psíquica, además de que la influencia familiar y social jugaron un papel determinante en su recuperación, no obstante en medio de su tratamiento se presentaron dificultades que hicieron el proceso más lento, pero esto no frenó el trabajo terapéutico, porque a pesar de que había situaciones en contra, como era la adolescencia propiamente dicha de la joven, (etapa en la que la imagen corporal tiene una gran importancia debido a que su autoestima esta basada en gran medida en su imagen física), además que sociablemente también fue atacada por un grupo de jóvenes que indirectamente le hacían sentir que ahora ella ya valía menos y tenía que conformarse con poco o con cualquier cosa: pero el apoyo que la joven recibió de su familia, así

como su estructura psíquica ayudaron a que a pesar de las desventajas que había, no se frenara el proceso de duelo.

Para lograr lo anteriormente expuesto como parte del trabajo terapéutico, se estimuló a la paciente a que se enfrentara a su pérdida rodeada de otros sujetos que también intentaban elaborar sus pérdidas y justamente por el hecho de pertenecer a un grupo donde existían sujetos con una pérdida similar, hizo que ella se sintiera más identificada, ello ayudó a que la joven no tuviera que experimentar su pérdida de manera silenciosa, puesto que ahora era reconocida y aceptada socialmente, es decir, el pertenecer a ese nuevo grupo de personas ayudó a que ella dejara de sentirse estigmatizada ya que su situación actual era vivida en ese grupo como algo desafortunado pero natural (licenciatura en Educación Especial).

Como es bien sabido un individuo está determinado en gran medida por su entorno social, ya que es en su medio ambiente donde se busca activamente darle significado a lo que sucede, y es precisamente en el mundo objetal donde la joven encontró refugio y respuestas. La parte social (mundo objetal) le ofreció a la joven la oportunidad de elegir nuevos objetos de amor para así poder catectizarlos; ello por supuesto fue un proceso largo y agudo de conciliación ante la nueva situación, entre lo amado que ya no está presente (imagen corporal anterior al accidente) y la recanalización de la energía libidinal a otro objeto, de tal manera que al elaborar el duelo Angelita resignificó al objeto, es decir, logró ponerla en contacto continuo con el vacío que había dejado la pérdida, ayudándola a valorar su importancia y a soportar el sufrimiento y la frustración que en esos momentos ella estaba viviendo.

c) La reestructuración final del yo en un proceso de duelo

En todo el proceso terapéutico de Angelita se consideró muy importante que prevaleciera el acatamiento a la realidad, aunque en este proceso, no se logró enseguida; pues resultó pausado y lento, en donde hubo desgaste de energía,

regresiones, pensamientos de aniquilación (pensamiento suicida y deseos de abandonar toda lucha por seguir creciendo).

Al principio de su proceso de superación de la pérdida la joven sentía que algo no cambiaba, que no se acababa su dolor, confusión y desesperación; existía la sensación que la etapa actual no disminuía, con respecto a su intensidad, pero sin duda alguna eso era solo parte de su proceso, debido a que el yo de la paciente se encontraba enfrascado en la desviación libidinal que le ha producido su objeto perdido; pero todo esto era tan solo parte de su proceso ya que actualmente la joven ya no estaba en un estado de confusión, ni de desesperación y había aprendido a vivir con su cambio (nueva imagen, nueva escuela, nueva forma de relacionarse con su mundo objetal) e inclusive fue en esta etapa de su tratamiento que se pudo constatar que la joven no solo había superado su duelo en un recorrido natural y normal y paradójicamente esperable, sino que aparte de ello había logrado mayor fortaleza yoica situación que se pudo observar claramente en el comportamiento actual de Angelita, es decir, ahora la joven se relacionaba de una manera mas analítica y profunda con su mundo objetal, ya podía comprender desde una perspectiva más madura el sufrimiento que puede vivir una persona cuando sufre una pérdida de cualquier tipo (física, emocional, territorial, etc); ahora la joven podía darle un significado no solo devastador sino también reparador a la situación de pérdida.

El duelo como proceso dinámico le implicó a la joven experimentar cambios a lo largo de su tratamiento psicoterapéutico, su trabajo fue considerado dentro del tratamiento del duelo normal, para ello influyó en gran medida las huellas mnémicas registradas con anterioridad, pues la joven contaba con una estructura yoica estable (neurótica de alto nivel); sin embargo, nunca se desatendió que el sujeto estuviera experimentando de manera consciente su nueva situación y se clarificó continuamente sus actos y pensamientos, ello ayudó a que la joven volviera a canalizar su libido hacia sí misma para que volviera a tener la capacidad de amarse, con su nueva imagen corporal.

Como parte del proceso psicoterapéutico con corte psicoanalítico con la que se trató a la joven se definió que el fin del duelo es el alejamiento de lazos libidinales hacia el objeto de amor que ha sido aniquilado (imagen corporal antes del accidente); por lo que dentro del proceso se trabajó continuamente con la reconceptualización de las modificaciones que dan lugar a las relaciones de objeto inmiscuidas en el proceso de duelo (familia, novio, amigos, compañeros de escuela), se trabajó con la estimulación de cambio en la joven donde ella pudiera sentir una necesidad de evolucionar y ampliar el sendero que su yo asume continuamente. En el proceso de duelo se pudo ir observando que en el momento que Angelita por fin renunció a todo lo perdido, fue entonces que su libido quedó libre para canalizarla a otros objetos; esto fue un elemento muy cuantificable en el tratamiento de la joven para descubrir la superación de su proceso de duelo; ya que también se pudo observar estabilidad yoica. (La aglomeración de sentimientos y emociones que tenían a la paciente en un estado de confusión, ahora ya había podido darle un significado a la experiencia). Ella había dejado de darle un significado devastador a su pérdida.

El duelo es un proceso de transformación de la estructura psíquica que comprende el mundo interno de la persona que está procesando una pérdida, en el caso de Angelita en dicho proceso en un momento dado se vio afectada su capacidad para percibir la realidad y modificó las imágenes objetales, por lo que se trabajó con la transformación de la energía libidinal que operaba como un componente consciente de su estructura psíquica, por lo que la paciente requirió de tiempo para lograr la maduración y crecimiento que se requerían para que volviera a catectizar su mundo objetal y su self y fuera capaz de verse beneficiada tanto de sus propias cualidades como de las ventajas que ofrece el medio social y por ende ella fuera capaz de disfrutar su vida, su cuerpo y su entorno a pesar de su accidente. Cuando se logró lo anteriormente expuesto es cuando se determinó el fin del tratamiento psicoterapéutico.

3.5 RESULTADOS DE TEST PSICOMETRICOS

a) EXAMENES DE GABINETE

1) Inventario Multifásico de la personalidad para adulto -MMPI-2- . Autor: S.R Hathaway.

De acuerdo a la evaluación de la personalidad realizada a la joven Angelita se puede inferir que puede tratarse de una persona esquizoide, con fantasías o delirios corporales extraños. Puede estar limitado, inmovilizado por múltiples síntomas y quejas; también puede ser inquieta, demandante e histriónico.

Es muy factible que cuando la entrevistada se encuentre bajo un momento o situación estresante suela utilizar como defensa la negación y la disociación, lo cual nos indica, que se pueden presentar recurrentemente síntomas y quejas funcionales específicas. La entrevistada pudiera llegar a ser ingenua, con poca capacidad de insight, un tanto retraída, cautelosa y distante de los demás.

Es posible que ella se encuentre deprimida, con falta de energía, incapacidad para concentrarse, así como molestias físicas e insomnio. La joven tiene poca confianza en si misma, sentimientos de inadecuación y tendencia a auto reprocharse constantemente, puede estar angustiada, además de sentirse miserable y desdichada.

Al parecer la entrevistada es una persona responsable y acuciosa, que tiende a intelectualizar, suele ser muy trabajadora, ordenada perfeccionista, autocrítica o introspectiva. Es demasiado sensible a desaires y rechazos y gusta mucho de la belleza física.

Se muestra cautelosa en los contactos sociales iniciales, puede ser moralista y actuar como víctima, si tiene la capacidad de confiar en los demás pero una vez que su confianza la siente traicionada deja de confiar y ya no puede hacer un vínculo profundo (confiada hasta que lo traicionan); es muy trabajadora, puede

ser creativa e imaginativa, enérgica y activa, con entereza además de poco práctica, puede manifestar también preocupaciones religiosas y actualmente es un tanto irritable, sin embargo, puede ser equilibrada, amistosa y platicadora sincera, confiable, tenaz y responsable.

La evaluación también arrojó que cuando algo sale mal la chica puede tornarse apática y pesimista, tímida y dependiente, falta de energía con poca confianza en si misma, puede estar deprimida y fatigarse fácilmente.

Ella cuenta con intereses femeninos tradicionales, con cierta tendencia a la inseguridad y autodevaluación, puede ser pasiva, dependiente y sumisa cuando estos sentimientos de inadecuación la invaden. Es una persona autocompasiva y quejumbrosa, constreñida, se siente incapaz, conforme con la propia auto imagen, sin embargo, ella si cuenta con suficientes recursos para un tratamiento psicológico. En ocasiones puede llegar a ser conformista, y es posible que en ciertas circunstancias finja estar bien y maneje la negación, presenta recurrentemente malestares físicos y sentimientos de incapacidad para manejar la presión de su ambiente.

Es una persona con un pobre concepto de si misma y dificultades sociales, pero no presenta problemas de abuso de sustancias; Su perfil arroja que ella es un individuo introvertida, tímida y con poca confianza en si misma. Con un yo observador integro y con capacidad de reconocimiento de que cualquier acto conlleva consecuencias. Es una persona que tiende a ser digna de confianza, con sentido de responsabilidad para con el grupo social.

La entrevistada es una joven con una personalidad integra, con juicio de realidad intacto, no presenta distorsión de la realidad, es objetiva, realista y con capacidad de distinguir la fantasía de la realidad. Se guía por el proceso secundario del pensamiento, con capacidad de respetar los límites, con integración moral y social.

Es una persona que respeta las reglas morales y sociales, hasta es posible que de manera estricta se apegue al reglamento social. Angelita es ansiosa, con problemas somáticos, (taquicardia, problemas sensoriales, -oído o vista deficiente- *cardiovasculares (dolores del corazón o del pecho) *problemas de la piel y dificultad en la respiración) tensión, insomnio, Tendencia a preocuparse en exceso y poca capacidad de concentración, dolores de cabeza y del cuello. Las personas que suelen tener este perfil, experimentan tensión constante en la vida y tienen dificultades para tomar decisiones. Ella parece estar conscientes de estos síntomas y los admiten abiertamente, ya que es un individuo que se preocupan por su salud y se siente más enferma que la mayoría de las personas.

2) SUCESOS DE VIDA PARA ADOLESCENTES. AUTOR: EMILIA LUCIO

De acuerdo a la evaluación de la personalidad que se le realizó a la joven Angelita, donde se evaluaron las áreas **familiar, social, personal, logros y fracasos salud, escolar y problemas de conducta**, se puede inferir que la entrevistada se ha encontrado con más eventos estresantes de lo esperado en el área personal, ya que al parecer ella percibe un ambiente social hostil, lo que la hace sentirse susceptible y angustiada. Estas sensaciones de intenso estrés la pueden llevar a tener conductas de dependencia o maníacas. (Conductas obsesivo compulsivas). Las demás áreas evaluadas no presentan riesgo de alguna alteración emocional, es decir, la joven paciente no es susceptible de desarrollar un problema de salud mental.

CAPITULO IV. DISCUSION Y CONCLUSIONES

1. DISCUSION

En la presente investigación se estudió un fenómeno psicológico que puede llegar a ocurrir a los jóvenes adolescentes cuando debido a un evento desafortunado llegan a perder parte de sus miembros físicos o bien parte de las funciones de éstos. En ésta investigación también se analizó el efecto de la crisis en la adolescencia en la resolución de un duelo.

Así mismo se analizó el impacto que puede llegar a tener la técnica psicoterapéutica de corte psicoanalítico aplicado a los jóvenes adolescentes en el caso de la resolución de un proceso de duelo debido a una pérdida. En este trabajo también se propuso estudiar los factores psicológicos que pueden verse alterados debido al desajuste emocional que llega a ocurrir después de la sensación de una pérdida significativa, y las alteraciones que por ello surgirán, por ejemplo, alteraciones en la imagen corporal, autoestima, y motivación para el desarrollo, y por ende las repercusiones que ello puede llegar a tener para el sano desarrollo de la personalidad y la adaptación social, académica y familiar.

Con frecuencia se dice que las personas que pierden un miembro físico o la función del mismo sufren de depresión, sin embargo es importante aclarar que en el caso que nos ocupa (Angelita), la joven no estaba clínicamente deprimida, su reacción ante la pérdida y ante el proceso de recuperación no fue de manera alguna patológica, más bien, el proceso terapéutico en este caso estuvo dominado por el trabajo de duelo normal.

El duelo normal no es posible en ausencia de las funciones de un yo y un súper yo normales. Por lo que se puede llegar a la conclusión de que en este caso de estudio el sujeto estudiado contaba con:

a) Las funciones del yo y del superyo; ya que éstas estaban en esencia intactas. Su yo realizó sus tareas básicas (mediación entre sus deseos -ello- y sus ideales -superyo- por una parte, y la realidad externa por la otra), de una manera más que adecuada. Estas conclusiones son parte de la observación, del proceso psicoterapéutico y de la investigación del caso de Angelita, ya que Ella logró negociar (meta psicológicamente hablando); el muy difícil proceso de duelo por su pérdida y por ende lograr la construcción de una vida alternativa para si misma basada en sus nuevas y muy disminuidas circunstancias.

b) A pesar de que al inicio del proceso terapéutico la joven utilizó en exceso el mecanismo de defensa de la negación, en dónde dicho accidente fue experimentado en forma subjetiva como ella misma lo llamó una “incapacidad para pensar” sin embargo, como se puede ver claramente, estaba lejos de realmente no poder pensar más bien, ella sufría de una incapacidad para ponerle palabras a sus pensamientos y a sus emociones, debido al uso de la negación dio como resultado una incapacidad para traer sus pensamientos a la conciencia (y mantenerlos allí). Esto inmediatamente evoca la comprensión metapsicológica de la relación entre las palabras, las situaciones y las cosas. (Kernberg, 1996).

Es común que las diferentes sociedades no analicen a profundidad los efectos de un proceso de duelo, es muy factible que tienda a mitificarse o bien a reprimir las sensaciones que una pérdida ocasione a un sujeto que la ha sufrido. Los efectos de una pérdida generalmente no se estudian a fondo, no se examina su contenido, ni se examina con cuidado la imperiosa necesidad de la existencia del objeto aniquilado en un sujeto que lo ha perdido. Las filosofías y las religiones ya tienen respuestas preparadas que sirven como escudos en los momentos de peligro, cuando pugna por surgir la amenazante pregunta sobre el sentido de esta pérdida.

Una de las experiencias más dolorosa para el hombre es la separación definitiva de un objeto de amor, en realidad esta vivencia no es ajena a ninguno

de nosotros y puede provocar (según la historia de vida y la madurez caracterológica que cada uno haya logrado) un incremento de la rebeldía o de la resignación de su pérdida. Existen otros factores que ayudan o estorban el camino del proceso de duelo, estos otros factores además de la estructura psíquica, son: el entorno social y familiar, y la fase del desarrollo psicológico por la que se esté atravesando en el momento de sufrir la pérdida, ya que un individuo que no cuenta aún con la integración de la identidad, (identidad que resulta básica para la resolución de un duelo) y todavía no logra una solidez yoica sufrirá más para lograr superar su pérdida.

En el caso de “Angelita” ella es una adolescente que está en la subfase de la adolescencia propiamente dicha en donde la identidad personal no ha logrado aún su consolidación, sino que es precisamente en esa fase en donde se busca su fortalecimiento; en la subfase antes mencionada la imagen corporal juega un papel muy relevante en la conformación de la identidad y la autoestima, así que el hecho de que la joven del estudio haya sido una adolescente cambió radicalmente las técnicas psicoterapéuticas que se utilizaron en su caso, ya que a pesar de que la paciente se encontraba frente a la crisis de la adolescencia propiamente dicha, al mismo tiempo tuvo que trabajar con otro proceso de duelo más debido a la pérdida que le generó el perder casi la totalidad de su mano derecha.

Las características psicológicas que se pudieron observar en este estudio de caso fue que la joven luchaba por lograr la culminación de su identidad sexual, al mismo tiempo que hubo una reedición del complejo de Edipo, lo que la llevó a pensar que era solo el padre el que la podía comprender y empezó a pelear y competir con la figura materna, sin embargo, hubo también cierto deseo de desconexión de los primeros objetos de amor (renuncia del objeto incestuoso). Ella se iba de la idealización de las figuras parentales a la infravaloración (proceso de separación).

En esta subfase también existe un aumento en el narcisismo por el cambio de catexis del objeto hacia el self, pero debido a su pérdida esto se vio importantemente afectado pues dentro de su pensamiento su sí mismo debería de ser grandioso y no mutilado como lo estaba percibiendo debido a su accidente.

- Por su condición psicosexual la joven paciente estaba pasando por una crisis emocional, lo que se reflejaba en un empobrecimiento del yo, con descargas instintivas hacia el exterior o interior (problemas fisiológicos) por tal motivo la joven también empezó a somatizar. Con el tratamiento psicoterapéutico se buscó que la joven lograra una identificación con la madre como prototipo reproductor ya que esto ayudaría a la creatividad (proceso sublimatorio indispensable para la reparación yoica). Ya que “La actividad creadora o sublimada es altamente auto centrada, tiene las limitaciones de la expresión artística, funciona en el marco de una nueva existencia del self, en contacto con el medio ambiente y por lo tanto está parcialmente relacionada con los objetos”. (González, 2005, Pág. 36).

Debido a la fase del desarrollo psicológico por la que estaba atravesando Angelita hubo además de lo anteriormente mencionado un retraimiento libidinal del mundo objetal (como parte normal y esperable en esta fase debido a la fuerte necesidad de que se realicen las más urgentes transformaciones internas). Sin embargo la sociedad y cultura juega un papel primordial en la resolución de un duelo por lo que este elemento fue otro obstáculo para el trabajo terapéutico, pues se le indicó a la joven constantemente que se integrara en su medio social para que no se sintiera fuera del contexto debido a su pérdida y ello activó las resistencias de la paciente lo cual atrasó el proceso de curación.

Una vez que se pudieron observar ciertos avances terapéuticos fue cuando se vio que Angelita ya había ganado capacidad propositiva, integración social, predictibilidad, constancia emocional y estabilidad en su autoestima, ya existía

una mayor unificación entre los procesos afectivos y volitivos, además de que se dio una consolidación en la personalidad que se refleja en los siguientes cambios:

1. Arreglo estable y altamente idiosincrático de funciones e intereses del yo.
2. Extensión de la esfera del yo libre de conflictos (autonomía secundaria).
3. Catexis, relativamente constante de representaciones del yo.
4. Estabilización de los aparatos mentales que de manera automática salvaguardaban la identidad del mecanismo psíquico de la joven.

Hubo también una mayor integración del yo que se reflejó en que la joven ahora ya estudiaba y trabajaba con regularidad y responsabilidad, estaba más íntimamente ligada a la realidad, ya estaba logrando relaciones de pareja mas estables, se empezaba a dar la afirmación de una ideología, y ahora la joven ya tenía una mayor consciencia de sí misma como un ser social.

Con esta investigación de caso clínico no solo se trabajó con un proceso de duelo normal por la pérdida que le ocasionó el accidente a la joven paciente; sino que además se trabajó con la crisis de la adolescencia propiamente dicha y con todos los pormenores que estaban afectando la percepción del sí mismo y del mundo objetal por la crisis de la adolescencia. Sin embargo, pese a esta crisis adolescente se siguieron observando avances en dicho trabajo, pues ahora la joven manifestaba claramente que existía cierta transformación de residuos edipicos en modalidades yoicas; lo que se transformaba en una mayor capacidad para el pensamiento abstracto, para la construcción de modelos y sistemas, y la compacta amalgama de pensamiento y acción dan forma a una personalidad mas unificada y consistente.

Debido a que la resolución en el proceso de cambio en la adolescencia de la joven paciente estaba llena de complicaciones (por la pérdida de su miembro físico) complicaciones que la sometieron a un esfuerzo excesivo para el logro de su capacidad integrativa; por ello existía el peligro de que estas

circunstancias (adolescencia propiamente dicha y pérdida de un miembro físico) la pudieran conducir a maniobras de postergación o a adaptaciones neuróticas lo que la podría llevar (además de un duelo patológico con todas las características aledañas), a no lograr la culminación de su adolescencia (adolescencia incompleta) ya que si los esfuerzos terapéuticos no hubiesen tenido éxito se hubiera presentado en la joven un colapso nervioso. (González, 2005).

En la teoría psicoanalítica se considera el proceso de duelo como una reacción que se constituye desde la estructura psíquica de cada sujeto, dicha teoría también opina que los sujetos perturbados muestran una serie de síntomas característicos, y para poder reparar la parte psíquica será necesario que se sigan un conjunto de fases conocidas como etapas del duelo; ya que la separación de un objeto de amor puede convertirse en precursor de patologías emocionales, tales como depresión inclusive una melancolía, irritabilidad, y el desinterés por el mundo objetal; pues cuando un ser amó a otro, (en este caso a una imagen corporal), que vivenció continuamente, que sintió oyó, olió a ese ser, no es raro concluir que se tendrá un gran dolor emocional cuando ese objeto amoroso ya no este presente; analizando todo ello se puede inferir que cuando todo lo anteriormente descrito deja de estar, entonces el alma de ese ser estará sometida a un gran estrés y a un gran trabajo reparatorio y dependerán de varios factores que el duelo salga victorioso o se convierta en un duelo patológico, factores como la estructura yoica con la que cuente el sujeto que sufrió la pérdida, así como también las circunstancias aledañas, el apoyo social, y familiar, la creencias culturales y finalmente la fase del desarrollo psicológico también juega su papel en la elaboración de un duelo.

Según las observaciones anteriores se pueden ordenar los hallazgos concretos de la siguiente forma:

En la primera parte de este trabajo de investigación, dónde se realizó la evaluación psicológica del sujeto del caso clínico, se ilustrará lo más

brevemente posible los primeros aspectos que manifestó la joven paciente cuando se enfrentó a la pérdida de su objeto de amor, en esta fase se pudo observar que la primera parte de su proceso de duelo estaba acompañada de fuerzas de represión tan poderosas que la hacían sentir que no pasaba nada (negación); por otra parte, también se pudo observar que mientras la joven estaba sufriendo por la pérdida ocurrida, generalmente no estaba en condiciones de superarla mediante un frío análisis, sino que ella necesitó una verdadera comprensión ante tan devastadora situación, necesitó que se le escuchara y se le tuviera paciencia para que ella fuera superando su proceso de duelo acorde a su ritmo.

En núcleo de esta investigación está constituido por la vivencia de la muerte en una situación vital, es decir, el problema que nos ocupó en este caso clínico fue el trabajar con las sensaciones emocionales debido a la aniquilación del objeto de amor de una joven adolescente, en donde al inicio del tratamiento dichas sensaciones se encontraban reprimidas, es decir, el sufrimiento estaba fuera de la conciencia de la joven paciente, esta indiferencia hacia su pérdida se dio gracias al uso de los mecanismos de defensa, estos mecanismos existen incondicionalmente en todos los casos de separación de un objeto de amor, ya que las sensaciones que un sujeto experimenta ante una pérdida significativa provoca su represión y su rechazo en la conciencia.

La actitud que tomaba Angelita ante tal situación “de cómo si no pasa nada o no me importa lo que estaba pasando” era debido a que la paciente estaba utilizando (inconscientemente) estrategias psíquicas que se buscaban salvaguardar al yo de un intenso dolor, estas estrategias psíquicas dieron como resultado en el yo de Angelita una disminución del ideal del yo, debilitamiento yoico (por la desidentificación) y también hubo un incremento del uso de defensas narcisistas, sin embargo estas estrategias psíquicas que la joven utilizó en esta primera etapa de su proceso de duelo, no le ayudaron en su totalidad a rechazar del todo la desesperación, pues prontamente se

manifestaron los síntomas somáticos, y un repentino desinterés por su mundo objetual (dejó de interesarse por su cuerpo, por su escuela y por su novio).

Otro mecanismo de defensa que la joven utilizó en este primer periodo psicoterapéutico fue el de hacer uso de defensas maniacas, manifestadas en la huida a la actividad, (liposucción, cambio de novio, etc); estas defensas fueron utilizadas (inconscientemente) por la paciente como una estrategia de escape constante ante tal situación, y por ende en ese momento la joven se metió a varias actividades (grupos religiosos); por tal motivo se puede concluir que su huida hacia delante estaba influenciada en el caso de Angelita por el súper yo, y no por el ello. pero es muy conocido por la teoría psicoanalítica, que esta primera etapa de negación no debe de prolongarse por mas tiempo del necesario, porque de ser así ello implicaría que el sujeto que está sufriendo (aunque sea inconscientemente), no elabore su pérdida, es decir, no repare su estructura psíquica dañada porque le fue arrebatado su objeto de amor, por tal motivo la primera etapa de trabajo psicoterapéutico del caso Angelita consistió en hacer conciente su dolor, en hacer que la paciente se atreviera a experimentar concientemente la vivencia de la muerte de la imagen que ella guardaba en su mente de antes del accidente, para posteriormente pasar a la siguiente fase que fue de rabia, confusión.

Al elaborar esta investigación se pudo observar a la agresividad como una primera manifestación de intento de defensa, dicha agresividad originó la desvalorización de la imagen corporal ausente, ya que la imagen corporal anterior al accidente respondía a poderosas esperanzas del ideal del yo (aún cuando la conciencia registrara también aspectos negativos), dicha imagen ahora debía ser desvalorizada para que el yo (que se encontraba profundamente lesionado), pudiera reconciliarse con su ideal del yo sacudido y decepcionado, y de esta forma le permitiera a la paciente seguir viviendo. Así pues en este caso de investigación clínica, la agresividad fue por tanto un mecanismo de defensa, por que le permitió a la paciente una desidentificación

con el objeto de amor (cuando el amor se transforma en odio), pero a la vez también la permitió a Angelita una adherencia a la vida. Ya al final de esta primera etapa de tratamiento psicoterapéutico se pudo percibir más claramente la catástrofe del yo, ya que por la separación de la imagen corporal anterior (ahora representado al objeto aniquilado), produjo en la paciente la sensación de una muerte en la conciencia, de tal muerte en la conciencia surgió la desesperación, pues anteriormente en la conciencia de Angelita estaba introyectada una identidad que incluía un cuerpo y un espíritu, y ambas partes estaban fundidas en una unión dual, “La pérdida del objeto de amor que al mismo tiempo es fuerte objeto de identificación, conduce a una auténtica mutilación del yo; a una catástrofe del yo, por la pérdida de la identidad” (Caruso, I, 2007, Pág. 19). Ello se debió principalmente a la pérdida de la identidad que en el caso de la joven paciente apenas se estaba consolidando.

Lo curioso y paradójico en la elaboración del duelo, es que para conservar la vida se activa la represión dirigida contra lo vivo, porque para salvaguardar la supervivencia será necesario darle muerte en la conciencia al objeto de amor, es decir, despedirse de ese objeto, y en el caso de Angelita ella debió darle muerte (en la conciencia) a su imagen corporal anterior al accidente, es decir tuvo que despedirse de esa imagen para poder seguir con vida. “El problema de la separación es el problema de muerte entre los vivos. La separación es la irrupción de la muerte en la conciencia humana, no en forma figurada – sino de manera concreta y literal” (Caruso, 2007, Pág. 12).

Posteriormente se le incitó a la paciente (terapéuticamente hablando) para que su duelo siguiera caminando hacia la siguiente fase que fue la de preocupación y tristeza profunda, en dónde la joven manifestó conscientemente su gran dolor, preocupación, ansiedad y desesperación intensa por su nueva condición corporal. Para lograr avances en el proceso de recuperación se promovió el mecanismo de defensa del desplazamiento, usando la dosis flotante con la que contaba la paciente para que con esto ella empezara a buscar otros objetos de

amor. Para lograr esto desde luego se tuvo que trabajar haciéndole conciente constantemente el porque de cada uno de sus sentimientos, actos y pensamientos “se mata mejor cuando ya se le tiene un sustituto al muerto” (Caruso, 2007, Pág. 21).

En esta etapa de su proceso de duelo el Yo mortificado de Angelita requería de consuelo, y comenzó a utilizar el mecanismo de la compulsión a la repetición, esta compulsión a la repetición había surgido de la frustración es decir, por la presencia de la muerte (imagen corporal); sin embargo, esto aunque temporalmente le ayudó a salvaguardar de una angustia aniquilante al yo, le permitió como una estrategia psíquica, pero como psicoanalíticamente hablando es muy conocido que esta compulsión a la repetición usada de manera prolongada solo servirá para evitar que la paciente procese adecuadamente su dolor y ello le impedirá que siga madurando; es por ello que se le ayudó a que esta repetición compulsiva fuera trasladada a actividades de tipo más creativo y reparatorio (actividades sublimatorias), para que pudiera entrar en la tercera fase del proceso de duelo (Recuperación).

En el desarrollo de este caso se utilizó el procedimiento psicoanalítico del trabajo de duelo normal, y como la paciente se encontraba en la entrada de la tercera fase de su duelo (Recuperación) se seguía trabajando con la inclinación a deslindar la vida del muerte en base a la renuncia del objeto aniquilado.

Se consideró terminado su tratamiento cuando se pudo corroborar plenamente que la joven no solo no había desviado su proceso de identificación sino que lo había culminado exitosamente, (esto se pudo observar cuando ella concluyó que no era contabilidad lo que le gustaba sino que ella prefería una carrera más apegada a ciencias médico biológicas y humanidades (Educación especial); también aprendió a valorar de una manera mas responsable el tomar decisiones acerca de su vida cotidiana y hacerse responsable de las mismas, otro parámetro que se tomó en consideración para determinar que el yo de la

joven ya estaba reparado fue el corroborar su autoestima y a pesar de que la joven continuaba en la fase de la adolescencia (adolescencia tardía), su autoestima había recuperado un buen nivel, pues ahora se sentía valiosa, bonita, había tenido el valor de dejar al novio que ya no le interesaba y había aceptado las pretensiones amorosas de otros muchachos. El parámetro final para determinar que el yo de Angelita estaba plenamente reparado fue cuando ella empezó a ser útil para la sociedad, y para la familia, además de para sí misma; esto se pudo constatar cuando ella regresó al restaurante de sus papás y reaprendió a ayudar, también aprendió a ser útil a la sociedad por medio de campañas de ayuda a niños y jóvenes que por algún motivo se encuentran en una situación especial en cuanto a sus capacidades, tanto intelectuales como físicas (daba clases de lenguaje de señas con una mano), y para ella misma cuando aprendió a tomar decisiones valientes, cuando aprendió a valorar lo que si tenia y decidió hacer uso de ello, (Inteligencia, salud, belleza, juventud, simpatía, familia que la apoya y la ama etc); esto se dio con la ayuda del mecanismo de defensa del desplazamiento.

Es por esto que se pudo inferir que la joven había concluido satisfactoriamente la última fase de su proceso de duelo (Recuperación) y por ende estaba lista para ser dada de alta, es decir, este era el fin del su análisis.

2. CONCLUSIONES

En el presente tema se resumirán los hallazgos analíticos en un solo caso: una paciente que debido a un accidente automovilístico perdió casi la totalidad de su miembro superior derecho, el objetivo de esta parte de la investigación es ofrecerle al lector una orientación sobre el tipo de información que se genera mediante el trabajo analítico con pacientes adolescentes que han tenido la pérdida de un miembro físico. Las observaciones en esta paciente constituyen entonces el punto de partida para las comparaciones con otros casos que se

encuentren en situaciones similares. (Adolescentes con una pérdida corporal significativa).

La característica más impactante de este caso fue la relativa normalidad que se manifestó al inicio de su proceso a pesar de lo significativo de su pérdida (mano derecha siendo ella diestra); ello por supuesto le había cambiado radicalmente su vida cotidiana, (tuvo que reaprender a hacer las cosas cotidianas de su vida, como abrocharse los zapatos, cortar un limón, peinarse, vestirse, etc), sin embargo, con este accidente la paciente no sufrió ningún cambio dramático en su personalidad, motivación o emoción, ya que a pesar de lo acontecido no hubo un cambio radical en su forma de vida.

Angelita no era distinta en su presentación esencial a otros pacientes que hubiera experimentado una pérdida y por lo tanto estuvieran involucrados en un proceso de duelo normal, (es decir, el proceso de aceptar la pérdida y hacer una adaptación funcional a ella).

Con este trabajo de investigación también se pretende informar al lector que no todos los pacientes que han sufrido la pérdida de un miembro físico son iguales, pues es de suma importancia la fase psicológica por la que esté atravesando, además de el tipo de fortaleza yoica con la que cuente el sujeto en el momento de la pérdida, así como también el apoyo social y familiar que le brinden al sufriente.

En este caso clínico de estudio, la joven Angelita a pesar de haber sufrido la pérdida de casi la totalidad de su miembro superior derecho, así como de la función del mismo, (daño que le ha impedido seriamente sus funciones motoras), no obstante ella conservó funciones esencialmente normales del yo y del superyo, ya que otros pacientes que han tenido daños similares sufren cambios radicales en su personalidad debido a su fragilidad yoica. Lo que determina esta gran diferencia es un único factor “estructura psíquica”. Este hecho ofrece el motivo científico esencial de este estudio y la tarea principal fue

descubrir y describir (en términos psicoanalíticos) la contribución funcional que cada una de las áreas que estudiamos hace de la organización funcional total de aparato mental humano en conjunto. Para tal efecto se ha decidido manejar las conclusiones en 3 rubros que permitan comprender mejor lo encontrado en esta investigación, en el primer rubro se manifestarán las conclusiones del caso clínico es sí, posteriormente se describirán los hallazgos analíticos encontrados en cuanto a la evaluación psicológica y finalmente las observaciones psicoanalíticas que se fueron manifestando dentro de su proceso terapéutico.

1. Caso Angelita

Cuando la joven Angelita sufrió el accidente dónde perdió su miembro superior derecho a la edad de 18 años, y debido a esto fue sometida a varias cirugías reconstructivas; con dichas intervenciones se le hizo una reconstrucción en forma de pinza, los resultados médicos implicaban que ella iba a requerir de una prótesis permanente y rehabilitación física continúa; el accidente le dejó a la joven una secuela sin posibilidad de revertir el proceso. Dichas cirugías estaban dadas en gran medida debido a que se activaron en la joven paciente las defensas maniacas y también una negación de la pérdida de su imagen anterior al accidente y su deseo compulsivo e irracional de querer recuperar dicha imagen.

El accidente se debió a que un camión que trasportaba líquido, se le desprendió la parte denominada pipa y se impactó contra el Camión dónde viajaba la joven. Este accidente dejó a la joven con la amputación completa de la mano derecha y con algo más discapacitante, (una severa distorsión corporal) después de diversas cirugías Angelita regresó a la Universidad para intentar seguir con su carrera, pero su desempeño fue pobre debido a que debía de escribir con la mano que ella perdió además de que estaba enfrentándose a su propio proceso de duelo el cual implicaba tristeza, enojo, desorientación, y pérdida de confianza en sus potencialidades, de pronto se hizo obvio que ella ya no iba a recuperar sus funciones manuales de antes y ello la sumió en una

tristeza y desesperación aún mayor, por lo tanto se empezó a tratar a la joven paciente (psicoterapéuticamente hablando) como un caso de pérdida significativa, es decir, se realizó un trabajo terapéutico para superar el duelo debido a su pérdida y se cuidó durante todo el proceso que éste no se convirtiera en un duelo patológico.

2. Evaluación psicológica

Después de un periodo de intenso trabajo para realizar la alianza terapéutica, y trabajar bajo los preceptos psicoanalíticos. Se prosiguió a realizar una evaluación psicológica para determinar como se encontraba Angelita en cuanto al proceso de duelo y la concepción de su propia imagen corporal; la evaluación se hizo 2 meses después del accidente. En ese entonces la joven presentaba datos de una severa depresión y ansiedad que la hacían caer en periodos de crisis y un progresivo desinterés por su desarrollo tanto personal como académico. Además de los síntomas psicológicos Angelita presentaba disfunciones corporales que la estaban obligando a reaprender hasta las cosas más triviales como el escribir, cortar un limón, hacerse un chongo en el cabello etc. ello la sometía a un estrés alterno.

El lenguaje espontáneo de la joven era severamente disperso y sin una concordancia lógica de un tema a otro; ella repetía continuamente los datos aislados del accidente y la sensación de su incapacidad para adaptarse a las cosas cotidianas de su entorno; nombraba los objetos que tuvieron que ver con su accidente en forma deficiente, el examen psicológico en ese momento reveló que la joven estaba atorada en su proceso de duelo y que repetía de manera compulsiva el evento como un intento de querer superarlo; pero debido a sus defensas maniacas esta pérdida no estaba siendo superada.

La comprensión se conservaba en esencia, pero había ejemplos aislados de significados eventos que ella no lograba entender (incapacidad para

comprender la parte subjetiva de algunas situaciones amenazantes); Esto fue confirmado con el examen directo, además de estos síntomas puramente psicológicos había disfunción en sus capacidades corporales sobretodo de las funciones del lado derecho; con dificultades para calcular las distancias de su nueva prótesis a los objetos que deseaba tomar y una ligera apraxia cinética de los miembros (es decir, un desorden complejo en la destreza de los movimientos de la mano no amputada).

La joven Angelita continuo soñando normalmente después de su accidente (en sus sueños se veía a si misma completa, sin ningún tipo de amputación y con sus funciones motoras normales) no había otros síntomas neuropsicológicos que señalar. En particular no había evidencia de disfunción de alguno de los lóbulos cerebrales.

Después de esta evaluación, a la joven Angelita se le ofreció un tratamiento psicoterapéutico de corte psicoanalítico (en sesiones de 1 vez por semana); lo cual aceptó.

3. Observaciones psicoanalíticas

Puede sorprender que una joven adolescente que ha sufrido de una pérdida física significativa pueda sacarle algún provecho a una psicoterapia psicoanalítica, ya que esta es solo una cura por medio de la conversación, fue impactante percibir lo pronto que la joven se fue adaptando a su nueva situación, por supuesto hubo momentos en el proceso psicoterapéuticos en que las cosas no estaban claras, no había claridad en cuanto a si tal o cual actividad era parte de su sublimación o era parte de su compulsión a la repetición (defensas maníacas). En ocasiones parecía que la joven desistía de su lucha por adaptarse a una nueva situación, el contener el yo debilitado y dolido de Angelita fue parte del trabajo terapéutico, por lo tanto, si la psicoterapeuta perseveraba en la lucha también lo hacia ella.

Otra característica interesante que se encontró en esta investigación fue el descubrir la sorprendente integridad de la función de su yo, una vez que se trabajó su negación y se pasó a la siguiente fase, fue capaz de ver claramente sus dificultades motoras y de los problemas que tenía para adaptarse a la vida cotidiana; como parte del trabajo psicoterapéutico fue observar detenidamente la conducta de la joven, tanto dentro del consultorio como fuera de él, para poder identificar y diferenciar las conductas maniacas de las conductas realmente reparatorias; también se observó detenidamente el impacto que tenía cada una de las interpretaciones en el cambio conductual de la joven para comprobar la comprensión analítica que la paciente tenía acerca de este tipo de trabajo o la falta de ella, esto con el fin de ir determinando el avance o para determinar la posible implementación de resistencias. Las cuales si se manifestaron pero de manera muy moderada y de modo de llegar tarde, faltar sin avisar, y olvidar las cosas que había hecho en la semana.

Como parte de las conclusiones se puede decir que en base al contenido de su comunicación se reveló que las funciones de su yo estaban intactas pese a la pérdida sufrida, es decir, los pensamientos que Angelita se esmeraba por transmitir ofrecieron abundantes evidencias de una inteligencia implícita, excelentes habilidades para resolver problemas, un alto grado de conciencia de si misma, agilidad mental, flexibilidad, una gran variedad de emociones y además, considerando el grado de la falta que la joven sufrió, pudo adaptarse rápidamente al esquema social, gracias a la estructura yoica con la que contaba la paciente; este hecho ofreció una primera clave diagnóstica. Aunque se considera que el ser humano es un ente biopsicosocial, la pérdida de un miembro físico o de una función física (ruptura de una imagen corporal), cualquiera que sea la influencia que tiene la imagen corporal en la psique de un ser humano, ciertamente no puede ser tan determinante cuando se cuenta con una fortaleza yoica que soporte el proceso de una pérdida, es decir no puede ser demasiado fundamental para lo que el yo hace en conjunto.

Angelita participaba activa y profundamente en sus sesiones, con raras excepciones, (la cuales estaban claramente relacionadas con el periodo de resistencias internas a puntos específicos en el tratamiento), ella siempre llegaba a tiempo y aprovechaba plenamente sus sesiones analíticas que estaban a su disposición. Hubo una alianza terapéutica completamente normal, perturbada solamente por resistencias a la transferencia que empezaron a aparecer después de un periodo de “luna de miel” pues hay que recordar que la joven estaba en la etapa de su segunda separación- individuación. Lo cual complicaba el que ella pudiera confiar plenamente en otro adulto.

Fue evidente que desde el principio Angelita pretendía aprovechar su tratamiento como parte de su recuperación; como recuperación no se quiere decir que la paciente abrigaba la esperanza poco realista de que el psicoanálisis le devolvería su imagen corporal anterior al accidente, Y de que realmente superaría sus considerables deficiencias físicas por medio de la psicoterapia analítica. (Aunque inconscientemente si existía el deseo de volver a su imagen corporal anterior al accidente); por lo que uno de los objetivos principales del tratamiento de la joven fue que ella pudiera ver su terapia como una oportunidad que le enseñaría a adaptarse a su incapacidad física, para ayudarse a aceptarla emocionalmente y para que el proceso le ayudara en sus esfuerzos por encontrar nuevas y realistas manera de llevar una vida lo más normal y plena posible dentro de las circunstancias trágicas en las que se hallaba al inicio de su accidente, lo cual se fue cumpliendo a lo largo de su trabajo terapéutico, por lo que se concluye que este caso clínico se puede considerar como parte de un proceso de duelo normal.

En las sesiones iniciales Angelita pasó la mayor parte del tiempo contando acerca de su vida cotidiana al parecer sin ninguna conciencia del cambio físico que había sufrido, también hablaba mucho acerca de su vida de antes del accidente, ello se dió gracias a la negación, sin embargo conforme fue transcurriendo el proceso de trabajo terapéutico la negación fue cediendo y ello

dio paso a que afloraran concientemente sus emociones, y el dialogo de Angelita se tornó mas emocional y conmovedor, comenzó a hablar de ahora como se sentía, en sus fantasías se veía constantemente con la idea de ser juzgada y devaluada por la sociedad debido a su sensación de castración; este contenido terapéutico estaba dado debido a que la paciente ya había pasado a la segunda etapa de su proceso de duelo que es conocida como la fase de preocupación y tristeza profunda. El contexto emocional de esta parte del tratamiento dió como resultado el comprender que la recuperación emocional por la falta su miembro físico, significaría la recuperación en su autoestima.

Este periodo en el tratamiento empezó con una serie de sesiones que parecían dedicadas a la afligida pregunta que domina los pensamientos de tantas personas que han sufrido una pérdida significativa ¿porque yo? ¿Qué hice mal para merecer esto? En estas sesiones Angelita habló del como se sentía abandonada por Dios, y por todos, habló de lo injusto y cruel que veía al destino, es decir, ella había empezado a renegar y a manifestar abiertamente su enojo. Esta difícil fase en el tratamiento culminó en un periodo de actuación agresiva en el hogar, su madre llevó el peso mayor de su agresión, pues el padre estaba siendo idealizado (debido al retorno del complejo edipico) y la madre era vista como la rival que no comprendía la situación, lo cual en el momento adecuado (timing) se le interpretó. En esta fase de preocupación y tristeza profunda la joven manifestaba continuamente su frustración por depender de los demás para las cosas cotidianas. Después de estos arranques Angelita gradualmente logró empezar el largo y doloroso proceso de duelo por su pérdida y la aceptación de su trágica situación.

Parte del trabajo terapéutico consistió en hacer que la joven reconociera plenamente cuanto había perdido, cuanto deseaba que eso no fuera así, y cuanta falta le hacia su mano, además de reconocer que ansiaba enormemente que lo que ya no podía tener, pues solo en base a la realidad lograría la recuperación. Con base en este pleno reconocimiento de lo que

había perdido, y lo que ello significó (pérdida de su femineidad); Angelita finalmente pudo descubrir un nuevo entusiasmo por la vida, y una renovada resolución aprendió a sacar el bien de su pérdida, no tratando de remplazar lo que ya no podía tener, sino más bien estableciendo para sí misma objetivos específicos, y realistas.

Todo esto se vivió simultáneamente con la transferencia; inicialmente Angelita manifestó sentimientos positivos hacia mí (psicoterapeuta), debido a la implementación de una transferencia positiva. En estos momentos terapéuticos la joven paciente comenzó a preocuparse mucho por su apariencia, por la ropa de moda, por el maquillaje, comentando con frecuencia lo bien que yo me veía, esto era porque la paciente estaba desarrollando mecanismos de defensa de tipo narcisistas, además de ciertas esperanzas (inconscientes) de que la terapeuta sería el sustituto de la parte que ahora a ella le faltaba, sin embargo era importante no permitir que esta fantasía siguiera creciendo por lo que se trabajó en base al principio de la realidad (proceso secundario del pensamiento); sobra decir, que este desengaño planteó una seria amenaza en la alianza de trabajo, ya que la transferencia positiva rápidamente se transformó en una fuerte y poderosa resistencia. En esos momentos del tratamiento yo ya no era vista como una profesional que estaba dispuesta confiablemente a ayudarla en las difíciles tareas emocionales y sociales que enfrentaba, ahora era vista como el resto de la sociedad, como una persona que no comprende plenamente lo que le ocurre a la paciente y que por lo tanto no sería capaz de ayudarla, esto se dió por una regresión sufrida por la paciente quien se vio a sí misma como una niña pequeña, necesitada y dependiente y en su transferencia ahora negativa tuvo la fantasía de que yo la abandonaría, por lo que en esta parte de tratamiento se le dió contención además de interpretar su miedo intenso por enfrentar nuevos retos y ese miedo le había generado una gran frustración, (frustración comprensible y esperable) y ahora esta frustración la estaba canalizando hacia si misma por medio de

intentar (inconscientemente) destruir la esperanzas de recuperación a partir de su proceso terapéutico.

El hecho de que Angelita pudiera seguir trabajando durante este difícil periodo y encontrar la manera de hacer uso de la psicoterapia (a pesar del terrible desengaño), es una prueba de la fortaleza yoica y superyoica con la que contaba la paciente. Una consecuencia directa de este periodo de trabajo analítico es que le fue posible enfrentarse a la fantasía central organizativa que inconscientemente había abrigado la paciente, ya que el accidente le había dejado una sensación de castración y su terapia en un momento dado fue vista como el falo faltante. A partir del accidente la joven se volvió un tanto paranoica, ella tenía la fantasía de que las personas sentían lástima y se burlaban de ella; sobretodo los hombres, el hacer consciente estos sentimientos de sentirse tan vulnerable y atemorizada (como si fuera una niña), y hacerla que analizara como una joven adolescente y no como una niña atemorizada permitió a Angelita hacer una adaptación bastante mejor a su ambiente social y esto nos llevó a la siguiente etapa de su proceso de duelo que fue la fase de la recuperación. La fase de recuperación se pudo percibir claramente debido a que la joven ahora era parte de una facultad educativa (educación especial), en dónde se sentía identificada y plena, se inscribió en las campañas para dar apoyo de educación especial a personas de bajos recursos económicos, al principio sintió dudas de su capacidad pero después de vencer el miedo que le generaba su primera visita a las comunidades rurales, estas campañas se convirtieron en una fuente de inmenso placer para ella y asistía regularmente socializando con otras personas en situaciones similares a la suya (todos eran discapacitados de alguna u otra manera), esta oportunidad le daba a ella la sensación de ser útil y creativa (sublimación); la joven pronto se convirtió en un pilar en dichas campañas, ya que era muy amable, competente, comprometida y se ganó el respeto y la admiración tanto de los pacientitos como de sus compañeros de facultad y de los coordinadores de las campañas, esto trajo en gran medida reparación para la paciente pues con ello ella había logrado vencer

una de sus más angustiantes fantasías “ya no voy a servir para nada” “las personas solo sentirán lástima por mi”. También a lo largo de este trabajo terapéutico se resolvió el complejo de Edipo causante de su superyo severo, con ello ella pudo recuperar libido para la reparación de su yo herido y también esto ayudó en gran medida en su sensación de castración.

En trabajo analítico de la joven paciente se puede concluir que ella a pesar de estar pasando por la superación de una pérdida no se encontraba clínicamente deprimida, su reacción no fue de manera alguna patológica, mas bien su proceso terapéutico en su caso estuvo dominado por el trabajo de duelo normal. El duelo normal no es posible en ausencia de las funciones de un yo y un superyo normales, esto apunta a la última conclusión en este trabajo de investigación, y fue el descubrir que el yo y superyo de la joven tenían un nivel superior de integración ya que en la teoría psicoanalítica es bien sabido que el superyo ya integrado favorece mayor integración y consolidación de la identidad, y en el caso de Angelita ella contaba con un superyo bien estructurado, aunque excesivamente severo, contaba con una integración de las representaciones del si mismo (libidinal y agresivamente), contaba con una adecuada Integración de las representaciones objetales totales (libidinal y agresivamente) y un armonioso mundo de representaciones objetales internalizadas, que incluía no solo los miembros significativos de la familia y amigos cercanos, sino además un grupo social y una identidad cultural; todo ello fue muy relevante en el tratamiento de la joven pues en momentos de crisis, un individuo puede recurrir temporalmente a su mundo interno, como una forma de refugio y Angelita contaba con sus objetos internalizados lo suficientemente buenos para ayudarle en estos momentos de recuperación (Regresión al servicio del yo).

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

1. LIMITACIONES

En el presente estudio se encontraron diferentes limitaciones, que se describirán más adelante, las limitaciones se encontraron tanto en la parte técnica terapéutica como en la parte de recopilación de información bibliográfica.

Alianza de trabajo

En los adolescentes es difícil establecer la Alianza de Trabajo, debido a que la adolescencia, es una etapa del desarrollo en la cual la personalidad se encuentra en movimiento y, por consiguiente se presentan diferentes necesidades a resolver, (segunda separación – individuación) además en el tratamiento también se encuentran involucradas otras personas con las cuales se debió de cuidar también la alianza de trabajo, ya que psicoanalíticamente hablando es bien sabido que si no existe el establecimiento de una adecuada alianza terapéutica no existe realmente un trabajo analítico, y una de las primeras limitaciones que se presentarán en este trabajo de investigación fue precisamente la dificultad inicial que se tuvo para afianzar la alianza de trabajo debido a la fase psicológica por la que estaba atravesando la joven (adolescencia propiamente dicha) además de que también es importante cuidar la alianza terapéutica con los familiares significativos los cuales se encontraban en proceso de duelo debido al accidente que su hija había sufrido y por el duelo se encontraban en un estado de confusión y desconfianza lo cual obstruyó la implementación de la alianza terapéutica, solo hasta que hubo un establecimiento de la alianza de trabajo fue que se pudo ver cierto avance en el tratamiento y se observó cuando la adolescente manifestó más interés por su tratamiento, y empezó a sentir la necesidad de ayuda, además de cooperar y asistir puntualmente a las sesiones.

La capacidad de formar una alianza de trabajo depende de un yo maduro y de la integridad de sus funciones, de la naturaleza de las relaciones de objeto pasadas y de la posibilidad de formar ligas libidinales desexualizadas y desagresivizadas, sin embargo debido a la fase psicosexual por la que estaba pasando la joven (adolescencia propiamente dicha), y por el accidente sufrido su yo se encontraba importantemente fragilizado (crisis adolescente y el proceso de duelo) y un yo fragilizado obstruyó el establecimiento de la alianza tan indispensable para el trabajo terapéutico.

Crisis de identidad adolescente

Debido a que la joven se encontraba en la subfase de la adolescencia propiamente dicha, existía un empobrecimiento del yo y una fuerte crisis de identidad, identidad que además se había lastimado severamente debido a la mutilación de su miembro superior derecho, esta crisis de identidad se vio fuertemente favorecida con el accidente, esto obstruyó de alguna u otra forma el cambio de su proceso terapéutico, por lo que se favoreció la regresión, se trabajó constantemente con el objeto real, todo ello con la intención de reducir la ambivalencia, que también estaba resultando una limitante en el proceso terapéutico.

Transferencia y Contratransferencia

En la teoría psicoanalítica es sabido que todas las transferencias están al servicio de la curación del paciente, pero con frecuencia se convierten en resistencias al tratamiento sobre todo cuando el sujeto está pasando por una crisis emocional debido a algún evento externo o bien como parte de su desarrollo psicosexual y en el caso que nos ocupa “Angelita”, ambos elementos estaban dados, es decir, había crisis de identidad por el periodo psicosexual por el que estaba atravesándolo la joven paciente, además de una fuerte crisis emocional debido a la pérdida de un miembro físico, lo que resultó otro limitante en la transferencia para el trabajo terapéutico. De tal manera que para vencer

dicha limitante se decidió como una prioridad el no participar en su juego transferencial.

La transferencia en los adolescentes resulta más intensa, más confusa, más versátil y más rápida; utiliza la realidad más en sus aspectos parciales, que en sus aspectos totales, es por ello que resultó más complejo el poder comprender los mensajes inconscientes que guardaba el comportamiento transferencial de la joven.

Otra limitante en esta investigación fueron las reacciones transferenciales negativas de la adolescente, y para que esto no se tornara en una resistencia imposible de manejar se debió de controlar lo antes posible; (ya que el trabajo transferencial con adolescentes es mas fructífero si se mantiene la transferencia positiva, si la regresión que se provoca se transforma en una regresión al servicio del yo). En la transferencia la joven manejaba constantes cambios (progresión y regresión), a veces yo resultaba una persona real, y otras veces era vista como un objeto transferencial, lo que resultó otra limitante.

La contratransferencia, como instrumento terapéutico, consiste en la posibilidad de retroalimentar al paciente acerca de su problemática y poner esta captación a su servicio consciente, a través de confrontaciones, clarificaciones e interpretaciones, sin embargo, para hacer consciente esta información en un paciente primeramente el terapeuta deberá de haberla comprendido y en este caso en particular me generaba una gran ansiedad, no alcanzaba a comprender el porqué , por lo que fue necesario regresar a un proceso terapéutico pues era imperativo que aprendiera a sublimar mi ansiedad, además de comprender el origen de la misma. De tal manera que el exceso de ansiedad que el caso me produjo se convirtió en otro limitante de trabajo terapéutico.

Bibliografía

Otra clara limitación que se encontró para la realización de esta investigación fue la poca bibliografía pertinente al caso de estudio; pues por una parte existía material bibliográfico relacionado al trabajo de duelo en general , otros autores manejan la distorsión de imagen corporal pero nunca especificado por la pérdida de un miembro físico o por la pérdida de la función del mismo, y tampoco se encontró bibliografía que hablara específicamente de proceso de duelo en un adolescente debido a la pérdida de la imagen corporal real.

El Concepto de resistencia

Debido al accidente sufrido y a la fase del desarrollo psicosexual por la que estaba atravesando la joven, las resistencias se tornaron muy fuertes, dichas resistencias provenían de la angustia típica de la etapa de la adolescencia en dónde ella se encontraba, y la hacían recurrir a las defensas y a la represión, ello por supuesto obstaculizaba el proceso terapéutico, ya que su capacidad para su hacer análisis se vio minada, es decir, sus habilidades de comprensión conciente racional y razonable tan necesaria para darle realidad a la joven (lo cual era un factor indispensable en su curación) estaba seriamente deteriorada.

Generalización de resultados

Los resultados de ésta investigación no son generalizables, solo son aplicables para el sujeto estudiado.

2. SUGERENCIAS

Las sugerencias surgen de las limitaciones propias de la investigación, es decir, existe la necesidad de sugerir a los lectores que cuando se haga investigación con seres humanos, consideren como un factor relevante tomar en

consideración la fase del desarrollo psicológica por la que esté atravesando el sujeto o sujetos involucrados en el estudio, ya que dependiendo de la fase del desarrollo psicosexual en la que se encuentre habrá diferentes manifestaciones esperadas para cada una de las etapas del desarrollo psicológico; y el investigador debe de estar conciente de ello, para que pueda discernir entre conducta esperable y patológica; además de que al tener claro las conductas esperables de cada fase también se podrían predecir, observar, y trabajar en las manifestaciones conductuales que resulten ser una limitante para el estudio.

Otra de las sugerencias propuestas en este estudio es que los investigadores que estén haciendo un trabajo de investigación con sujetos con ciertas características, nunca se dejen de lado así mismos (contratransferencia) ya que (inconscientemente) el investigador puede alterar sus resultados y por ende que resulten inválidos.

Debido a la poca bibliografía encontrada, que fuese específica de casos de duelo por pérdida de un miembro físico en adolescencia, se sugiere que los investigadores que trabajen con dicho tema registren sus resultados para que ello pueda servir de base a posteriores investigaciones, es decir, es importante sugerir que mas teóricos de esta campo transcriban y compartan los hallazgos encontrados en otras líneas de investigación ligadas a el duelo en la fase de la adolescencia por una pérdida real.

También Se sugiere hacer un estudio confirmatorio para poder generalizar los resultados.

REFERENCIAS

Allouch, J. (2001). Erótica del duelo en el tiempo de la muerte seca. México: Epele.

Aguado, J. (2004).Cuerpo humano e imagen corporal: Notas para una antropología de la corporeidad. México: UNAM.

Álvarez, J.L J. (2004). Cómo hacer investigación cualitativa, México: Paidós.

APA. (1994): Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington D.C: American psychiatric association.

Aymat, A, (1977). Tratado de psicología evolutiva, España, edit. Labor.

Baile, J. I. (2002). Diseño, construcción y validación de una escala de insatisfacción corporal para adolescentes. Tesis doctoral. Pamplona, España: Universidad Pública de Navarra.

Balint, M. (1993). La falta básica. España: Paidós.

Behar, D. (2004). Un buen morir, México. Edit. Pax México.

Bellak, L, (1993), evaluación de las funciones del yo, México, Ed. Manual Moderno.

Beltrán J. (1995). Psicología de la educación. Madrid: Marcombo.

Bowlby, J. (1980). La pérdida afectiva: tristeza y depresión. España: Paidós.

Bowlby, J;(1969). El apego y la pérdida 1: el apego. España: Paidós.

Bowlby, J. (1985).El apego y la pérdida 2: la separación. España: paidos.

Braunstein, N. (1992). La clínica de amor. México: Fundación mexicana de psicoanálisis.

Braunstein, N. (2001). Diccionario de psicoanálisis. México: Siglo XXI.

Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. Psychosomatic medicine. New York: The Guilford Press. (24). 187- 194.

Castañón, (2000), Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2). Madrid, Tea Ediciones.

Caruso, I. (2007). La separación de los amantes. México: Siglo XXI.

Chagoya, I. (1997). “Adolescencia normal. México: Psicoanálisis hoy.

Chávez, M. et al. (2006). Manual de estilo de publicaciones de la APA. México: El Manual Moderno.

Diccionario el Pequeño Larousse, (1995) México.

Dolto, F. (1999). La imagen inconsciente del cuerpo. Argentina: Amorrortu.

Engler, B. (1999). Teorías de la personalidad. México: McGraw-Hill.

Erikson, E. (1993). Infancia y sociedad. Argentina: Hormé.

Fisher, S. (1990). The evolution of psychological concepts about de body. New York: The Guilford press; 3-21.

Flores, S. (1998). *Agonía, muerte y duelo*, México: El Manual Moderno.

Frankl, V. (1984). *El hombre en busca de sentido*. España: Herder.

Freud, S. (1923/ 2001). *Duelo y melancolía*. Obras completas, tomo XIV, Argentina: Amorrortu.

Freud, S. (1913/ 2001). *De muerte y guerra*. Obras completas, tomo XIV, Argentina: Amorrortu.

Freud, S. (1913/ 2001). *El yo y el ello*. Obras completas, tomo XIX, Argentina: Amorrortu.

Freud, S. (1913/ 2001). *Tótem y tabú*. Algunas contribuciones. Obras completas, tomo XIII, Argentina: Amorrortu.

Gardner, R. Stark, K. (1999). Development and validation of two new scales for assessment of body image, perceptual and motor skills. *International Journal of Psychiatric in Medicine*, 89), 981-993.

Gardner, D. Garfinkel, I. (1981). “Body image in anorexia nervosa. measurement, theory and clinical implications”. *International journal of psychiatric in medicine*, nº 3.

Garner, D. (1998). *Inventario de trastornos de la conducta alimentaria* Madrid: Tea ediciones.

Gracia, M. et al.(1999). auto concepto físico, modelo estético e imagen corporal en una muestra de adolescentes. *Psiquis*, (20).

González, J.J (2005). *Teoría y técnica de la terapia psicoanalítica de adolescentes*. México: Trillas.

González, N. cols. (2005). Antología de investigación cualitativa UAEM. México.

Hanus, M. (1976). La patología del duelo. París: Masson.

Harris, D V. (1970) ¿Por qué practicamos deporte? .Barcelona: Jims.

Heidegger (1983), El ser y el tiempo, México, Fondo de cultura económica.

Hernández, J (2006). La evaluación de proyectos._ Bolivia. Gema Jourard, s-m. y Secord, p.f. (1955): “body cathexis and the ideal female figure”. Journal of abnormal and social psychology, (50). Disponible en: http://www.uned.es/catudela/revista/n002/baile_ayensa.htm.

Jourard, S. Secord, P. (1955). Body cathexis and the ideal female figure.

Journal of Abnormal and Social Psychology, (50). pp. 243-246.

Kernberg, O. (1996). La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico. México: Editorial paidós.

Koff, E, Rierdan, J. Stubbs, M. (1990). Gender, body image, and self-concept in early adolescence. Journal of early adolescence, (10).

Klein, M. (1990). El duelo y su relación maniaco depresiva. Obras completas, tomo II. España: Paidós.

Lacan, J. (1978). La familia. España: Argonauta.

Laplanche, J, (2001). Vida y muerte en psicoanálisis, Argentina: Amorrortu.

Laplanche, J. Et. Al. (1993). Diccionario de psicoanálisis: España: Paidós.

Lefrancois, G. (2004). El ciclo vital de la vida. México: Thomson.

Macías, L. (2002). Un estudio psicoanalítico sobre el duelo. El caso de la emperatriz Carlota. México: Edicionesuaq.

Mannoni, et al. (1996). La crisis de la adolescencia, España: Gedisa.

Manual de diagnóstico y estadísticas de los trastornos mentales DSM-IV TR (2002). Barcelona: Edit. Masson.

Mileant, A.(2004), Déjalos ir con amor, México: Trillas.

Moody, R. Arvangel, D. (2002). Vida después de la pérdida. España: Edad.

O'Connor, N. (2004). Déjalos ir con amor. México: trillas.

Papalia, I. (2001). La alteración de la imagen corporal. España: Tea Ediciones.

Poch, C; Herrero, O. (2003). La muerte y el duelo en el contexto educativo. España: Paidós.

Pellion, F. (2003). Melancolía y verdad. España: Amorrortu.

Prado, I. (2006). La Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo. Madrid: Ediciones Pirámide.

Probst, M. Vandereycken, W. Coppenolle, H. Vanderlinden, J. (1995). The body attitude test for patients with an eating disorder: psychometric characteristics of a new questionnaire. Eating disorders, (3).

Pruzinsky, T, Cash, T.F. (1990). Integrative themes in body-image development, deviance, and change”. En T.F cash y t. Pruzinsky, body images. Development, deviance and change, N. York: the Guilford press. p. 337-349.

Raich, R. (2000). Imágen corporal. Conocer y valorar el propio Cuerpo. Madrid: Ediciones Pirámide.

Raich, R.M. Torras, Figueras, J. (1996). Estudio de la imagen corporal y su relación con el deporte en una muestra de estudiantes universitarios. Análisis y modificación de conducta. Madrid: Ediciones pirámide, (85), 604-624.

Raich, R.M, Mora, M., Soler, A., Ávila, C., Clos, J. Zapater, L. (1994). Revisión de la evaluación y tratamiento del trastorno de la imagen corporal y su adaptación en una muestra de estudiantes. Psicologemas, Madrid: ediciones pirámide (8). 185-197.

Rice, F.P. (2002). Adolescencia: desarrollo, relaciones y cultura. Madrid: Prentice Hall.

Russell, G.F. (1970). Anorexia nerviosa: its identity as in illness and its treatment. En Price, J.H.(ed.). Modern trends in psychological medicine. London: Butterworth. 131-164.

Sami-Ali. M. (1998). Pensar lo somático. Argentina: Amorrortu.

Sami-Ali. M. (2003). Cuerpo real, cuerpo imaginario. Argentina: Amorrortu.

Sánchez, T. R. (2001). Proyectos de investigación en educación. México: Imced.

Schilder, P. (1950). The image and appearance of the human body. New York: International Universities Press.

Sepúlveda, A.R, Botella, J. León, J. (2001). La alteración de la imagen corporal en los trastornos de la alimentación. Un meta- análisis, México: Psicothema, (13), 7-16.

Slade, P.D. (1994): “What is body image?”. Behaviors Research and Therapy, nº 32, pp. 497-502.

Stuart, G., Laraia, M. (2006). Enfermería psiquiátrica: Principios y práctica. Elsevier, España. Consultado el día 10 de Noviembre del 2008. Disponible en: http://books.google.com.mx/books?id=Y5_eslgHqllC&printsec=frontcover&dq=AUTOCONCEPTO.

http://www.uned.es/ca-tudela/revista/n002/baile_ayensa.htm.

Concepto de Imagen, Wikipedia Enciclopedia libre, disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Imagen>.

Thompson, J.K. (1990): Body image disturbances: assessment and treatment. New York, Pergamon Press.

Vaz, F.J. Peñas, E.V. Ramos, M.I. (1999). Body image dissatisfaction in bulimia nervosa and atypical bulimia nervosa. German Journal of Psychiatry, nº 2. 59-74.

Velasco, F. (2000). Manual de técnica psicoanalítica. México: Planeta.

ANEXO 1

**LA HISTORIA CLINICA PSIQUIATRICA EN LAS PSICOTERAPIAS
PSICODINAMICAS**

I. FICHA DE IDENTIFICACION

NOMBRE _____
EDAD _____ SEXO _____ OCUPACION _____
ESCOLARIDAD _____ RELIGIÓN _____
ESTADO CIVIL _____
FUENTE DE REFERENCIA _____

II. MOTIVO DE CONSULTA

MANIFIESTO: _____

LATENTE: _____

ANEXO 1

FENOMENOS Y SITUACIONES ASOCIADAS

GANANCIAS SECUNDARIAS

IV HISTORIA PERSONAL Y FAMILIAR

a) HISTORIA FAMILIAR

ENTORNO SIOECIEONOMICO Y CULTURAL

ANEXO 1

CARACTERISTICAS DE LOSMIEMBROS DE LA FAMILIA

PADRE_____

MADRE_____

HERMANOS_____

ANEXO 1

PARIENTES SIGNIFICATIVOS

MANEJO DE AFECTOS

ACTITUD HACIA EL TRABAJO

ANEXO 1

ACTITUD HACIA EL DINERO

RELIGION

ENFERMEDADES

INDEPENDENCIA

ANEXO 1

MITOS FAMILIARES, RITUALES

CAMBIOS DE RESIDENCIA

SITUACION ECONOMICA Y SOCIAL

ANEXO 1

LACTANCIA _____

DESTETE _____

CONTROL DE ESFINTERES

NIÑEZ _____

ANEXO 1

EDAD ESCOLAR

PUBERTAD

ADOLESCENCIA

-

INICIO DE LA SEXUALIDAD

MENARCA

ANEXO 1

PRIMERAS EXPERIENCIAS SEXUALES _____

RELACIONES INTERPERSONALES

METAS _____

ELECCION VOCACIONAL

ANEXO 1

V. EXAMEN MENTAL

CONDUCTA _____

ESTADO AFECTIVO

DISCURSO _____

ANEXO 1

PENSAMIENTO _____

ESTADO DE CONSCIENCIA

FUNCIONES INTELECTUALES

ANEXO 1

EXAMENES DE GABINETE

a)

b)

c)

d)

e)

f)

g)

VII. DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO

EJES MULTIAXIALES

EJE I:

EJE II:

EJE III:

ANEXO 1

EJE IV: _____

EJE V: (EEAG)

AL INICIO DEL TRATAMIENTO _____

ACTUAL _____
